Pour les aînés de la Montérégie : Un art de vivre en santé, une qualité de vie

Cadre de référence en santé publique

Juin 2002

Direction de la santé publique,
de la planification et de l'évaluation

106-0 5656 /

Auteurs

Sylvie Poirier et collaborateurs

Secrétariat

Carole Gagnon

Conception et réalisation de la page couverture

Le Zeste graphique

Responsable de la publication et de la diffusion

Nathalie Hudon

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Direction des communications
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777 poste 4323

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : 16-2002-003

Dépôt légal – 4e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-236-5

Prix : 8,15 $

MOT DU DIRECTEUR

L'élaboration de ce document a permis de faire le point sur les conditions de vie des aînés et d'identifier les enjeux, les défis et les possibilités d'un bien-vieillir en santé. Son titre « *Pour les aînés de la Montérégie : Un art de vivre en santé, une qualité de vie* » est évocateur du but poursuivi.

Ce cadre de référence a pour but de proposer une vision régionale des axes d'intervention et des actions afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des aînés. Il s'adresse aux partenaires de la Régie régionale qui interviennent directement auprès de la population âgée de la Montérégie. Parmi ces partenaires, mentionnons les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les CLSC-CHSLD, les centres hospitaliers, les organismes communautaires, les professionnels du domaine sociosanitaire, autant des secteurs public que privé, ainsi que d'autres secteurs d'activités et ministères.

La vision, les orientations et les interventions présentées, résultant de nombreux échanges de points de vue, allient la réalité des milieux d'intervention et les connaissances disponibles à l'égard des différentes problématiques de santé publique. Nous nous devons d'ailleurs de souligner la contribution soutenue de nos partenaires aux différentes étapes de réflexion, d'élaboration et de consultation.

Au-delà d'une meilleure connaissance des capacités et des besoins des aînés, ce cadre de référence décrit les interventions sociosanitaires à favoriser en matière d'activités de promotion et prévention. Dans cette perspective, il s'avère une contribution concrète au bien-être des aînés montérégiens.

Le directeur par intérim,

Richard Côté, M.D., FRCPC

REMERCIEMENTS

Des remerciements sont adressés aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce cadre de référence. Ces personnes sont les suivantes :

Personnes-ressources de l'extérieur de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPÉ) ayant fourni une contribution particulière à titre de consultants ou de membres du Comité aviseur à la démarche ou du Comité de parrainage l'ayant précédé :

Madame Denise Allain	Centre d'action bénévole de Waterloo
Madame Danielle Benoit	Direction de l'organisation des services à la clientèle, RRSSS - Montérégie
Mesdames Marielle Bérubé et Andrée Brassard-Beaulieu	Association générale des étudiants de l'antenne universitaire du 3e âge en Montérégie (AGEAUTAM)
Madame Jeanne D'Arc Brault	Infirmière retraitée
Monsieur Donald Courcy	Services des loisirs et vie communautaire de la ville de Saint-Hubert
Mesdames Hélène Forest-Fournier et Anyela Vergara	Association des familles soutien des aînés de Saint-Hubert (AFSAS)
Monsieur Roger Fournier	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
Monsieur Roger Frenière	Ville de Farnham
Monsieur Luc Genest	CLSC Longueuil-Ouest
Madame Nicole Hébert	FADOQ Région Rive-Sud – Suroît
Monsieur Denis Lapointe	Ville de Salaberry-de-Valleyfield
Monsieur Jean-Louis Lévesque	Université de Sherbrooke
Monsieur Roland Marquette	Association des Aînés de Saint-Hubert
Madame Renée Mongeon	CLSC Longueuil-Est
Madame Ginette Mercier	Association des pré-retraités et retraités du Bas-Richelieu

Personnes-ressources de la DSPPÉ et rédaction

Introduction	Monique Benoit
Chapitre 1	
Les conditions d'un bien-vieillir	Monique Benoit
Chapitres 2 et 3	
Évolution socio-démographique	Aimé Lebeau, Josée Payette Yves Sauvageau et André Tremblay
Conditions de vie	
Revenu	Noëlandré Delisle et Caroline Marier
Logement et transport	Monique Benoit et Caroline Marier
Habitudes de vie	
Activité physique	Hélène Gagnon et Jacinthe Lussier
Tabagisme	Serge Moisan et José St-Cerny
Utilisation des médicaments	Serge Moisan et Sylvie Poirier
Consommation d'alcool	Yolaine Noël et Géraldine Quesnel
Nutrition	Renée Dufour et Diane Gadbois
Santé buccodentaire	Pierre Corbeil
Environnement social	
Rôles sociaux et isolement social	Noëlandré Delisle et Malorie Toussaint-Lachance
Aidants familiaux	Noëlandré Delisle et Sylvie Poirier
Abus, négligence et violence	Pascaline Crelier, Gisèle Lemay et Malorie Toussaint-Lachance
Santé mentale	
Détresse psychologique et dépression	Malorie Toussaint-Lachance
Suicide	Lorraine Deschênes et Malorie Toussaint-Lachance
Traumatismes	Géraldine Quesnel et Carmen Schaefer
Maladies évitables par l'immunisation	Maryse Guay, Denise Palardy et Yolaine Rioux
Maladies chroniques	Sylvie Poirier
Capacité fonctionnelle	Sylvie Poirier et Serge Moisan
Chapitre 4	
Mise en place d'une programmation régionale	Aimé Lebeau et Sylvie Poirier

Coordination de la rédaction	Sylvie Poirier
Comité de lecture	Monique Benoit, Diane Gadbois, Lyne Forcier et Serge Moisan
Planification	Paul Berger, Aimé Lebeau et Luc Morel
Évaluation	Aimé Lebeau et Christian Viens
Secrétariat	Carole Gagnon

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **13**

1. LES CONDITIONS D'UN BIEN-VIEILLIR EN SANTÉ **15**

1.1 UN ART DE VIVRE EN SANTÉ 15

1.2 UNE QUALITÉ DE VIE 16

1.3 LA PROMOTION-PRÉVENTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES 17

1.4 PRINCIPES D'ACTION EN PROMOTION ET PRÉVENTION 18

2. LES DÉFIS D'UN BIEN-VIEILLIR **21**

2.1 L'ÉVOLUTION SOCIODÉMOGRAPHIQUE 21

Tableau 1 ..... *23*

2.2 DES CONDITIONS DE VIE À AMÉLIORER 24

2.2.1 Le revenu *24*

2.2.2 L'accès à des logements de qualité, adaptés et à des prix abordables *25*

2.2.3 Le transport accessible et adapté aux réalités des aînés *26*

2.3 DES HABITUDES DE VIE À AMÉLIORER 27

2.3.1 L'activité physique *27*

2.3.2 Le tabagisme *28*

2.3.3 L'utilisation des médicaments *29*

2.3.4 La consommation d'alcool *30*

2.3.5 La nutrition *31*

2.3.6 La santé buccodentaire *32*

2.4 UN ENVIRONNEMENT SOCIAL MIEUX ADAPTÉ 32

2.4.1 La reconnaissance des rôles sociaux *33*

2.4.2 L'isolement social *34*

2.4.3 Le sentiment de sécurité *35*

2.4.4 La contribution des aidants familiaux et le fardeau de l'aide *35*

2.4.5 L'abus, la négligence et la violence *37*

2.5 UNE SANTÉ MENTALE À PROTÉGER 37
2.5.1 La détresse psychologique *38*
2.5.2 La dépression *38*
2.5.3 Le suicide *39*
2.6 DES TRAUMATISMES À ÉVITER 39
2.6.1 Les chutes *40*
2.6.2 Les incendies et brûlures *41*
2.7 DES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION 41
2.7.1 L'influenza *41*
2.7.2 Les infections à pneumocoque *42*
2.8 DES MALADIES CHRONIQUES À PRÉVENIR, DÉPISTER ET TRAITER 42
2.9 LE MAINTIEN DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES 43

3. LES INTERVENTIONS PROPOSÉES 47
3.1 LES AXES D'INTERVENTION ET LES ACTIONS PROPOSÉES 47
3.2 LES AXES D'INTERVENTION 48
3.3 LES STRATÉGIES D'ACTION PROPOSÉES 74

4. LA MISE EN PLACE D'UNE PROGRAMMATION RÉGIONALE 77
4.1 MISE EN CONTEXTE 77
4.2 LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À UNE PROGRAMMATION RÉGIONALE 78

CONCLUSION 81

Annexes

Annexe 1 - Les déterminants de la santé et méthodes d'intervention en promotion-prévention 83
Annexe 2 - Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité 87
Annexe 3 - Répartition de la population selon la langue parlée à la maison par territoire de CLSC (1996) 108
Annexe 4 - Population âgée dans les ménages privés sous le seuil de faible revenu 112

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 117

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Perception de l'état de santé chez les personnes de 65 ans et plus 17

Figure 2 - Personnes âgées de 65 ans et plus, Montérégie – Historique et projections ... 22

Figure 3 - Rapport de masculinité 22

Figure 4 - Proportion des personnes de 65 ans et plus de la Montérégie qui vivent en ménage collectif selon le sexe et l'âge 24

Figure 5 - Pourcentage des personnes de 65 ans et plus sédentaires selon le sexe 28

Figure 6 - Personnes de 65 ans et plus ayant pris des médicaments dans les deux jours précédant l'enquête 29

Figure 7 - Personnes de 65 ans et plus de la Montérégie ayant pris des médicaments dans les deux jours précédant l'enquête, 1998 29

Figure 8- Consommation d'alcool dans les 7 jours précédant l'enquête chez les personnes de 65 ans et plus de la Montérégie, 1987, 1992-1993, 1998 30

Figure 9 - Satisfaction face à la vie sociale et dans le rapport avec les amis des personnes de 65 ans et plus de la Montérégie 34

Figure 10 - Fréquence des rencontres sociales des personnes de 65 ans et plus de la Montérégie 34

Figure 11 - Nombre d'aidants, de confidents et de presonnes démontrant de l'affection pour les personnes de 65 ans et plus de la Montérégie 34

Figure 12 - Perception de l'état de santé mentale des personnes de 65 ans et plus de la Montérégie 38

Figure 13 - Évolution du niveau de détresse psychologique élevé des personnes de 65 ans et plus de la Montérégie 38

Figure 14 - Nombre de problèmes de santé chez les personnes de 65 ans et plus 42

Figure 15 - Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe pour les personnes de 65 ans et plus 43

Figure 16 - Espérance de vie à la naissance (en bonne santé et avec incapacité), Québec 44

Figure 17 - Évolution de l'espérance de vie à la naissance (en bonne santé et avec incapacité), Montérégie 44

Figure 18 - Moyenne annuelle de journées d'incapacité chez les personnes de 65 ans et plus en Montérégie selon le sexe 44

Figure 19 - Moyenne annuelle de journées d'incapacité par âge et sexe 45

INTRODUCTION

S'appuyant sur la connaissance de la population âgée montérégienne, le présent cadre de référence en santé publique tient compte des orientations définies dans les principaux documents de planification nationaux et régionaux produits au cours des dix dernières années.

Ainsi, le *Rapport du Groupe d'experts sur les personnes âgées*, mieux connu sous l'appellation du *Rapport Pelletier (MSSS,* 1991), affirmait déjà l'importance d'assurer aux personnes âgées les moyens de maintenir leur intégration à la société et la nécessité d'amorcer des changements en fonction des réalités nouvelles et futures associées au vieillissement démographique. Selon ce groupe d'experts, le plus grand défi, actuel et futur, consiste à promouvoir dans la société l'adoption d'attitudes positives à l'égard du vieillissement.

Dans la foulée du *Rapport Pelletier*, la *Politique de la santé et du bien-être* (*PSBE*), adoptée en 1992, énonçait un objectif spécifique à l'égard des personnes âgées : « D'ici l'an 2002, éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées » *(MSSS, 1992)*. Cet objectif ambitieux reprend essentiellement les messages exprimés par le Groupe d'experts sur les personnes âgées. Pour ce faire, la *PSBE* privilégiait l'approche intersectorielle afin d'améliorer les conditions de vie des aînés, tout en misant sur leur participation active dans les actions de promotion et prévention.

En continuité avec la *PSBE*, les *Priorités nationales de santé publique* déterminaient pour la période 1997-2002 les actions prioritaires dans le domaine de la santé publique pour l'ensemble du Québec. S'inscrivant dans le contexte de la transformation du système de santé et de services sociaux, le virage promotion-prévention proposé visait une action accrue sur les déterminants de la santé et du bien-être auprès de populations cibles, dont les personnes âgées, ainsi que sur une meilleure connaissance des principaux problèmes sociosanitaires *(MSSS, 1997)*.

Dans une perspective régionale, l'élaboration du présent cadre de référence fait suite à l'une des recommandations du *Plan régional d'organisation des services pour les personnes âgées (PROS-PA)* adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale en mars 1996 *(RRSSSM, 1996)*. Il se veut un document de réflexion qui propose des orientations pour guider le développement d'une programmation régionale adaptée aux besoins des aînés de la Montérégie, qu'ils soient autonomes et en relative bonne santé ou plus à risque, frêles ou dont l'autonomie est compromise.

La démarche d'élaboration de ce cadre de référence a connu jusqu'à maintenant trois étapes successives de réflexion, de consultation et d'orientation. De mai 1998 à février 1999, un comité de parrainage composé de représentants des personnes âgées et de

partenaires du réseau de la santé et des services sociaux a dégagé une vision de la promotion et de la prévention visant l'amélioration de la santé et du bien-être des aînés montérégiens. Puis, de septembre 1999 à juin 2000, un comité aviseur formé de représentants de différents secteurs d'activités (CLSC, regroupements d'aînés, organismes communautaires, représentants des municipalités et de l'éducation) a convenu des axes et des moyens d'intervention et du processus de consultation élargie. Un comité de professionnels, mis en place au sein de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (DSPPÉ), a mis en commun ses expertises relatives à la santé publique afin d'alimenter et de soutenir la démarche.

À l'automne 2000, un premier document a été soumis à une vaste consultation. Plus de 300 organismes furent invités à présenter leurs commentaires lors de rencontres de consultation. Dans l'ensemble, 127 personnes ont assisté à l'une de ces rencontres et 48 avis écrits furent recueillis.

Notons toutefois que la nouvelle *Loi sur la santé publique*, adoptée par l'Assemblée nationale en décembre 2001, décrète la parution prochaine d'un *Programme national de santé publique* (*PNSP*) et prescrit l'élaboration d'un *plan d'action régional* et de *plans d'action locaux* dans le secteur de la santé publique. Ces derniers constitueront les fondements de la planification en matière de surveillance, protection, promotion de la santé et prévention des maladies, traumatismes et problèmes sociaux pour les années à venir en Montérégie comme dans le reste du Québec.

> *« Ce projet de loi édicte qu'il a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de son état de santé et de bien-être.*
>
> *Il propose l'adoption par le ministre de la Santé et des Services sociaux d'un programme national de santé publique de même que l'adoption de plans d'action régionaux par les régies régionales et de plans d'action locaux par les établissements qui ont pour mission d'exploiter un centre local de services communautaires. Ce programme et ces plans d'action ont pour objet d'encadrer les différentes fonctions de la santé publique, soit la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et, enfin la protection de la santé de la population lorsque celle-ci est menacée par des agents biologiques, chimiques ou physiques susceptibles de causer des épidémies au sein de la population* ».

Dans le premier chapitre, une vision du vieillissement et du bien vieillir, les notions de promotion et de prévention ainsi que les principes directeurs d'une programmation pour les aînés sont exposés sommairement. Le deuxième chapitre trace un portrait des aînés montérégiens et des principaux défis d'un bien vieillir en santé, soit un éclairage sur leurs caractéristiques, conditions de vie, habitudes de vie et problèmes sociosanitaires, traduisant en quelque sorte leurs besoins. Le troisième chapitre présente des axes d'intervention et les stratégies qui leur sont associés. Finalement, en quatrième partie, des indications pour la mise en place d'une programmation régionale sont proposées.

1. LES CONDITIONS D'UN BIEN-VIEILLIR EN SANTÉ

La vieillesse s'inscrit dans la vie dont elle partage les trois premières lettres.

Jean-Claude Dauverchain (XX[e] siècle) [1]

1.1 UN ART DE VIVRE EN SANTÉ

Vieillir revêt des connotations physiques, psychologiques et sociales bien différentes suivant l'époque. Particulièrement au cours des trente dernières années, la perception du vieillissement et des personnes âgées a évolué dans un contexte de mouvance sociale où toutes les sphères de la vie ont fait l'objet d'une quête de sens : le couple, la famille, le travail, les conditions économiques, les loisirs, l'accès à l'information, la participation à la vie sociale, la retraite, etc. La signification attribuée aujourd'hui aux mots « vieillissement » et « vieillir » fait appel à la continuité de la vie plutôt qu'à une fin de vie, aux forces d'adaptation des personnes plutôt qu'aux seuls obstacles à franchir *(Champagne et autres, 1992)*.

D'entrée de jeu, constatons que vieillissement et maladie ne sont pas nécessairement liés. Bien qu'une avancée en âge se vive différemment selon que l'on soit du troisième ou quatrième âge (respectivement de 65 à 74 ans et 75 ans et plus) et suppose une augmentation du risque d'être atteint d'une maladie chronique ou de subir une perte de capacité, plus de 75 % des personnes âgées vivent de façon autonome et active. La conservation des capacités physiques, psychologiques et d'adaptation dont elles font preuve permet aux personnes âgées de vivre sainement les différentes étapes successives du vieillissement. Les gens désirent bien vieillir le plus longtemps possible et surmonter les problèmes sociosanitaires et les obstacles à la santé et au bien-être qui peuvent être associés au vieillissement. La santé constitue une ressource de la vie quotidienne pour les aînés ainsi qu'un capital pour la société.

Une société vieillissante, statistiques à l'appui, ne peut être assimilée qu'à des coûts. Elle comporte aussi des gains notables, tels une plus grande et une meilleure disponibilité pour les proches, une perspective d'analyse des situations empreinte d'une plus grande maturité et un sens accru du partage des expériences vécues. À cet égard, l'apport des personnes âgées au sein de leur communauté ou plus spécifiquement à l'intérieur des organismes communautaires est inestimable tant par la qualité que la quantité des services rendus.

---

[1] *Cité dans le Dictionnaire des citations en gérontologie. Alexandre Carlson et Jean Paquet. Pratiques du champ social. Éditions Érès, Saint-Agne, France, 1999, 192 p.*

La vieillesse constitue une étape de vie avant tout individuelle et différentielle. Les capacités d'adaptation sont spécifiques à chacun de nous et se développent en continuité avec notre passé. Par ailleurs, certains apprentissages ne peuvent être réalisés qu'une fois franchi un certain âge. Les rôles sociaux joués par les aînés ou ceux qui leur sont attribués varient selon leurs milieux d'appartenance de même que leurs expériences passées. Adopter ou maintenir de saines habitudes de vie, implique également des apprentissages et fait appel au développement personnel des aînés. Dans cette perspective, l'art de vivre en santé, tant physique que psychologique et social, s'apprend et s'expérimente au quotidien.

Dans la réalité, en dépit des progrès remarquables, il persiste de grandes inégalités devant le vieillissement. Bien que le vieillissement soit aussi naturel que la vie elle-même, la fragilisation qui l'accompagne parfois ne touche pas les individus au même moment ni avec la même intensité. Cela s'explique dans la mesure où existent entre les individus des différences génétiques, des parcours de vie marqués ou exempts de problèmes de santé, des contextes socio-économiques résultant du genre de travail exercé, du revenu gagné, des conditions de vie ainsi que de la qualité du soutien social.

La capacité de s'adapter au vieillissement repose en grande partie sur l'habileté de chacun à vivre le moment présent, d'être actif dans son milieu et de réaliser des projets de vie valorisants. Il existe une forte relation entre l'actualisation de soi et l'état de santé subjectif et objectif, de même qu'avec l'autonomie fonctionnelle.

1.2 UNE QUALITÉ DE VIE

Vivre plus longtemps en meilleure santé, dans des conditions de vie acceptables et dans le respect de son individualité fait appel aux ressources de la société. L'Année internationale des personnes âgées (1999) a mis l'accent sur leurs besoins, leur contribution ainsi que leur nécessaire participation sociale. Plusieurs des solutions identifiées pour éliminer les obstacles à leur mieux vivre exigeront du temps et des investissements en provenance de différents secteurs. Par ailleurs, les valeurs mises de l'avant et partagées lors des échanges qui ont eu cours peuvent dès maintenant servir de guides pour l'action.

Ces valeurs que partagent les aînés avec les autres groupes sociaux sont les suivantes : le respect, la reconnaissance, l'équité, la solidarité et la responsabilité. Le *plan régional d'organisation de services pour les personnes âgées* (*PROS-PA)* de 1996 reconnaît que quelles que soient leur origine, leurs croyances, leur situation socio-économique, les aînés ont le droit :

- d'être utiles;
- de réaliser des projets de vie valorisants;
- d'être à l'abri du besoin;

- d'accéder et de participer aux ressources communautaires, récréatives, éducatives et médicales;
- d'occuper des logements convenables adaptés à leurs besoins;
- de vivre de façon indépendante et selon leur choix;
- de recevoir toute l'information susceptible d'améliorer leur qualité de vie;
- d'être impliquées dans les services qui leur sont donnés et dans les décisions qui les concernent.

Pour atteindre une intégration sociale harmonieuse des aînés, il faut entre autres, promouvoir la valorisation de leurs rôles au sein de leur famille et de leur communauté locale en comptant sur une solidarité intergénérationnelle respectueuse et authentique. Bien vieillir ne se réalise pas seul, mais en société.

Ainsi, dans une perspective du maintien de leur autonomie sociale et de leur santé physique, les aînés expriment diverses attentes *(Santé Canada, 1995)* :

- le droit de jouer leur rôle de citoyens de façon dynamique et responsable, de prendre leurs propres décisions, de recevoir des services et d'en donner;
- le droit de choisir leur mode de vie quels que soient les risques qui peuvent y être associés;
- le droit de pouvoir décider quelle assistance leur est nécessaire et quel soutien ils peuvent donner aux autres lorsque le vieillissement entraîne des besoins spécifiques;
- le droit de participer à l'élaboration des politiques et programmes;
- le droit de pouvoir compter sur un revenu adéquat et un accès universel aux soins de santé, programmes et services capables de soutenir leur autonomie, qu'ils habitent à la ville ou la campagne.

1.3 LA PROMOTION-PRÉVENTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Selon les données de l'Enquête sociale et de santé de 1998, la grande majorité des personnes âgées de 65 ans et plus de la Montérégie vivant à domicile se perçoit en bonne santé *(Payette, 2001; Chapitre 12)*.

Mentionnons également que plus de 70 % des personnes de 65 ans et plus ne sont pas affectées par des incapacités suffisamment importantes pour avoir besoin de services en regard de celles-ci *(MSSS, 2001)*.

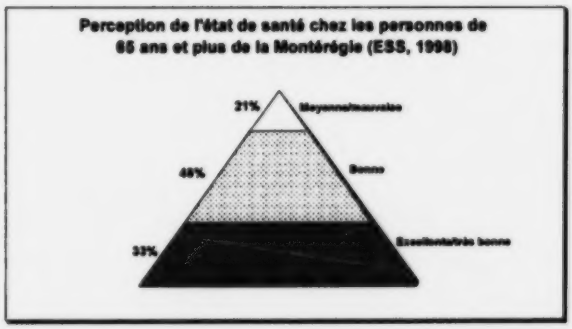

Figure 1

Au niveau de la promotion-prévention, il est important de miser sur les acquis et le potentiel des personnes, peu importe où elles se situent sur le continuum de l'autonomie. Les interventions de promotion-prévention doivent toutefois être réalisées en continuité avec les services sociosanitaires (curatif, réadaptation, maintien) et en partenariat avec les divers acteurs interpellés (CLSC, organismes communautaires, professionnels de la santé en pratique privée, municipalités, régie régionale, CH, CHSLD, autres ministères).

Dans bien des cas, les personnes âgées valorisent la santé plus que les personnes des autres groupes d'âge. Elles sont donc souvent très réceptives aux programmes de promotion de la santé et de prévention. L'importance de bien vieillir est indéniable, puisque cela permet de profiter au maximum de cette étape de vie qui peut être extrêmement enrichissante et épanouissante malgré les pertes qui sont susceptibles de l'accompagner.

Le présent cadre de référence retient les définitions spécifiques de la promotion et de la prévention qui ont fait consensus lors de la démarche d'élaboration du *PROS-PA (RRSSSM, 1996)*. Ce sont les suivantes :

> « La *promotion* vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à l'intégration sociale des personnes âgées et au maintien de leur autonomie fonctionnelle. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque et vise la population générale ou des sous-groupes particuliers ».
>
> « La *prévention* vise la réduction de l'incidence des problèmes associés au vieillissement en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population vulnérable ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions ».

Ces définitions font appel aux déterminants de la santé, qui sont l'environnement social, l'environnement physique, la biologie humaine et le patrimoine génétique, les comportements individuels et le système de soins, en ce qui a trait à la promotion, et aux facteurs de risque pour la prévention. Les déterminants de la santé sont décrits dans l'Annexe 1.

1.4 PRINCIPES D'ACTION EN PROMOTION ET PRÉVENTION

Les principes qui guident les actions proposées à l'intérieur de ce cadre de référence sont les suivants :

- la personne âgée se situe au cœur des interventions et y occupe toute la place qui lui revient;
- la participation active de la personne âgée est facilitée afin qu'elle s'approprie le contenu des interventions;

- le consentement de la personne est requis, de même qu'une valorisation de ses commentaires et points de vue;
- une marge de manoeuvre est confiée aux personnes âgées et cela se traduit par leur implication concrète et réelle à l'égard du contenu qui leur est destiné;
- un processus interactif où le défi consiste à écouter les désirs qu'expriment les personnes âgées et à tenter de les satisfaire.

2. LES DÉFIS D'UN BIEN-VIEILLIR

Le traître, ce n'est pas l'âge, c'est la maladie.

Robert Butler (XX[e] siècle) [1]

Bien que la très grande majorité des personnes âgées soient en bonne santé et autonomes, il n'en demeure pas moins que certains problèmes sont associés à la vieillesse. Dans la section qui suit, les principaux problèmes rencontrés chez les personnes âgées sont décrits brièvement. Ils touchent autant la santé psychosociale et la santé physique que certains déterminants tels le soutien social, le revenu et les habitudes de vie. Le choix des problématiques sélectionnées s'est fait à la suite de la consultation des documents d'orientation provinciaux et régionaux de santé publique tels, le *Rapport du Groupe d'experts sur les personnes âgées (MSSS, 1991)*, la *Politique de santé et bien-être (MSSS, 1992)*, les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (MSSS, 1997)* et le *Plan régional d'organisation des services – personnes âgées (RRSSSM, 1996)*. Bien que cette liste ne soit pas exhaustive et que la description des problématiques soit succincte, elle permet de mieux comprendre la condition de certains aînés et les défis à relever pour améliorer leur santé et leur bien-être.

Préalablement à la description des problématiques, un portrait sociodémographique des aînés en Montérégie est présenté. Le vieillissement démographique de la population demeure un enjeu important. La Montérégie assiste à un accroissement rapide de sa population âgée. Ce phénomène démographique aura certes des répercussions sur les besoins de services de santé et la dynamique sociale de la région, dans un avenir rapproché. Les aînés jouent un rôle important auprès de leur famille. La solidarité entre les générations sera cruciale pour assurer l'intégration et le bien-être des aînés et l'avenir de la société toute entière.

2.1 L'ÉVOLUTION SOCIODÉMOGRAPHIQUE

La population de la Montérégie s'élevait à 1 324 799 personnes en 2001. Selon les prévisions, entre 2001 et 2011, la croissance démographique régionale se poursuivra à un rythme de 3,8 % pour atteindre 1 375 148 personnes, soit 18 % de la population du Québec. La composante la plus significative de cet accroissement, du point de vue des services sociosanitaires, est sans aucun doute l'augmentation du nombre de Montérégiens âgés. Ces derniers, qui représentaient 10,2 % de la population en 1996 et 11,3 % en 2001 (soit 150 485 personnes), verront leur proportion s'accroître à 15,2 % en 2011. À ce moment, la proportion des personnes âgées de la Montérégie sera presque équivalente à la proportion prévue pour l'ensemble du Québec (15,9 %). Fait important à souligner, la

proportion des 65 ans et plus rejoindra celles des 0-14 ans, alors que la proportion des 15-64 ans demeurera relativement stable (environ 69 %).

Figure 2

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996. Équipe surveillance, DSPPÉ, Montérégie

La répartition géographique des aînés se fait de façon inégale sur le territoire de la Montérégie. Ainsi en 2001, trois des 19 territoires de CLSC ont une proportion de personnes âgées supérieure à 15 %, ce sont les CLSC : de La Pommeraie (CHSLD), Seigneurie-de-Beauharnois et du Havre (Tableau 1). En 2006, les CLSC Huntingdon, des Maskoutains(CHSLD) et Longueuil-Ouest atteindront également cette proportion. L'Annexe 2 présente des tableaux avec le nombre de personnes de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité *(Statistique Canada, Recensement canadien,1996)*.

En 1996, la Montérégie comptait 127 000 personnes d'expression anglaise (Voir Annexe 3 pour la répartition de la population selon la langue parlée à la maison par territoire de CLSC) et 14 000 d'entre elles étaient âgées de 65 ans et plus. Plus d'une personne âgée sur quatre était anglophone dans les territoires de CLSC de Huntingdon (44,5 %), de La Pommeraie (34,3 %), Châteauguay (27,8 %) et Samuel-de-Champlain (26,1 %).

En raison de l'espérance de vie qui est plus élevée chez les femmes, leur proportion s'accroît à un rythme accéléré aux âges les plus avancés. En effet, chez les personnes de 65 ans et plus, le nombre d'hommes pour 100 femmes (suite page 24)

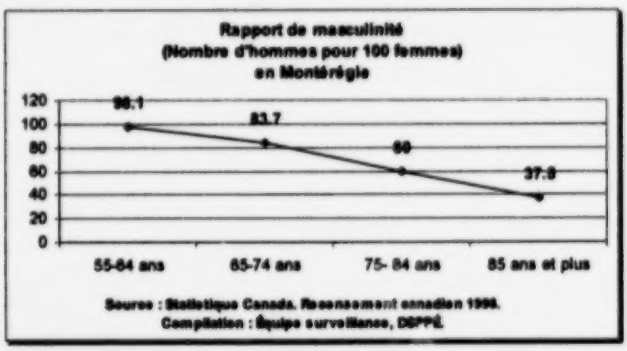

Figure 3

Tableau 1

Évolution de la population de 65 ans et plus par territoire de CLSC

Territoires	1996		2001		2006	
	n	%	n	%	n	%
Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie	7 035	14,3	7 934	15,7	8 851	16,9
CLSC de la Haute-Yamaska	8 630	11,1	10 517	12,5	12 095	14,0
CLSC La Chênaie	1 735	11,3	1 938	12,4	2 157	13,8
CLSC du Havre	7 235	13,8	8 217	16,9	8 801	18,2
CLSC-CHSLD des Maskoutains	10 380	13,2	11 279	14,2	11 885	15,0
CLSC du Richelieu	4 610	9,1	5 464	10,4	6 195	12,0
Les CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts	11 235	11,7	13 143	13,0	14 714	14,1
CLSC des Patriotes	7 560	8,3	8 779	9,0	10 833	10,7
CLSC Samuel-de-Champlain	12 375	11,3	13 920	12,2	16 626	14,0
CLSC Saint-Hubert	5 120	6,6	6 293	7,8	8 116	9,9
CLSC Longueuil-Est	5 205	8,4	6 170	9,5	7 492	11,3
CLSC Longueuil-Ouest	8 465	12,8	9 595	14,8	10 509	16,7
CLSC des Seigneuries	6 185	6,5	8 072	7,7	10 502	9,6
CLSC Kateri	4 650	6,0	5 876	6,8	7 590	8,2
CLSÇ Châteauguay	8 155	10,2	7 660	11,0	8 929	12,7
CLSC Jardin du Québec	2 545	11,1	3 002	13,0	3 314	14,5
CLSC Huntingdon	3 180	14,4	3 641	14,7	3 851	15,6
CLSC Seigneurie de Beauharnois	7 685	14,0	8 780	16,0	9 294	17,2
CLSC La Presqu'Île	8 725	9,2	10 205	9,8	11 658	10,5
Montérégie	128 930	10,3	150 485	11,4	173 112	12,8
Québec	860 710	12,1	960 330	13,0	1 057 367	14,0

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ

est de 73,3. À des âges plus avancés, soit de 75 à 84 ans et pour les 85 ans et plus, ce rapport diminue de façon importante, soit 60,0 et 37,5 respectivement. Les valeurs observées indiquent la féminisation de la population.

La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent à domicile en Montérégie est de 90,8 %, soit 94,0 % pour les hommes et 89,6 % pour les femmes (*Statistique Canada, Recensement canadien 1996*). Cette proportion varie grandement selon l'âge et le sexe. La très grande majorité des personnes de 65 à 74 ans vit à domicile (97,1 %) alors que 42,4 % des personnes de 85 ans et plus vivent en ménage collectif (CHSLD, résidences privées, etc.).

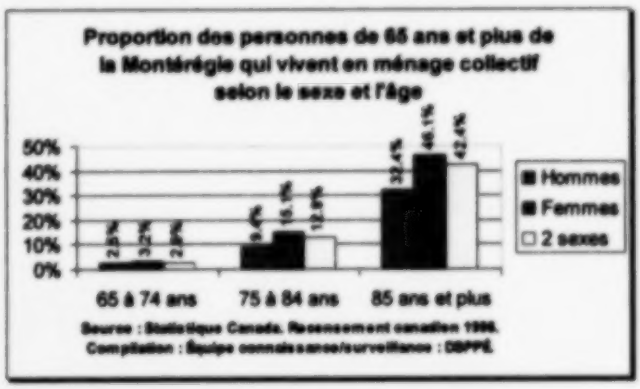

Figure 4

En Montérégie, 55 % des aînés sont mariés ou vivent en union libre alors que 33 % sont veufs. Les femmes sont surreprésentées parmi les personnes seules puisque 34 % d'entre elles vivent cette situation comparativement à 13 % chez les hommes. Plus les hommes et les femmes vieillissent, plus l'écart entre les sexes devient marqué. Ce phénomène est encore plus prononcé chez les personnes âgées de plus de 85 ans où jusqu'à quatre femmes sur dix sont seules comparativement à deux hommes sur dix.

2.2 DES CONDITIONS DE VIE À AMÉLIORER

Un revenu décent, un logement adéquat et des services de transport adaptés aux besoins des aînés sont des éléments essentiels au maintien de leur autonomie, à leur intégration sociale, à leur bien-être et à leur qualité de vie.

2.2.1 Le revenu

La pauvreté économique est reconnue comme un déterminant important de l'état de santé des individus et de la population *(Comité ministériel sur la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et bien-être, 2001)*. La déclaration universelle des droits de l'homme *(ONU, 1948)* stipule que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux et pour les services sociaux nécessaires.

Bien qu'au Québec, la proportion des personnes vivant sous le seuil de faible revenu[2] ait sensiblement diminué chez les personnes de 65 ans et plus au cours des dernières années *(Mayer & Morin, 2000)*, il n'en demeure pas moins qu'en 1995, cette proportion s'élevait à 27 % pour les personnes de 65 ans et plus comparativement à 23 % pour l'ensemble de la population québécoise. Les personnes âgées de la Montérégie se comparent avantageusement aux personnes âgées du reste du Québec, car la proportion des personnes de 65 ans et plus sous le seuil de faible revenu s'élève à 23 %. Ainsi, 26 400 aînés montérégiens vivent sous le seuil de faible revenu *(Statistique Canada, Recensement canadien 1996)*. Tel qu'observée généralement, la pauvreté affecte davantage les femmes en Montérégie : 28 % des femmes de 65 ans et plus comparativement à 16 % des hommes. À cet égard, rappelons qu'au Québec, 60 % des femmes âgées de 65 ans et plus vivant seules se retrouvent sous le seuil de faible revenu *(Conseil des aînés, 2001)*. La pauvreté chez les aînés montérégiens varie également d'un territoire de CLSC à l'autre (de 12 % à 39 %) et selon l'âge et le sexe (voir Annexe 4 pour les proportions de la population âgée dans les ménages privés sous le seuil de faible revenu par territoire de CLSC, par sexe et par groupe d'âge).

En 1995, 56 % des revenus des personnes âgées provenaient des transferts gouvernementaux, soit de la pension de la sécurité de la vieillesse du Canada (26 %), du Régime des rentes du Québec (21 %) et du Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral (9 %). Les régimes enregistrés d'épargne-retraite ont contribué pour 19 % au revenu des aînés. Les autres régimes de retraite, les revenus de placement ainsi que des revenus d'emploi complètent les différentes sources de revenu. Le revenu moyen des aînés était de 17 850$ en 1997, ce montant atteignait 23 124$ pour les hommes et 14 069$ pour les femmes. Le revenu était inférieur à 15 000$ dans 60 % des cas *(Conseil des aînés, 2001)*.

2.2.2 L'accès à des logements de qualité, adaptés et à des prix abordables

Le bien-être et la qualité de vie de tout individu sont grandement affectés par son type de logement. La majorité des aînés vivent à domicile et souhaitent y demeurer le plus longtemps possible. Vieillir chez soi comporte une dimension affective et psychologique importante. Toutefois, les aînés ne forment pas un groupe de population homogène et présentent une diversité de besoins sur le plan de l'habitation *(Société d'habitation du Québec, 2000)*. Au Québec, 55 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont propriétaires de leur habitation *(Conseil des aînés, 2001)*. Chez certaines personnes âgées, la perte d'autonomie nécessite l'adaptation des logements afin de compenser leurs limitations. Pour les aînés à faible revenu, le manque de logement à coût abordable limite leur possibilité de se loger adéquatement. Le tiers (33 %) des personnes âgées de 65 ans et plus du Québec, qui sont locataires, consacrent plus de 30 % de leur revenu aux dépenses de loyer *(Institut de la statistique du Québec, 2000)*.

---

[2] *Le seuil de faible revenu est établi selon la taille de la famille et le degré d'urbanisation du lieu de résidence. Les ménages qui consacrent 54,7 % ou plus de leur revenu avant impôt à l'alimentation, au logement et à l'habillement sont considérés comme ayant un faible revenu (Statistique Canada, 1996)*

Au chapitre du logement social pour les aînés, il existe en Montérégie 73 offices municipaux d'habitation (OMH) mettant à la disposition des aînés 4 580 unités de logement dans les habitations à loyer modique (HLM) *(Bilodeau, 2002)*, 44 organismes sans but lucratif (OSBL) d'habitation offrant près de 1 400 unités de logement pour aînés *(Goyer, 2001)* ainsi que quelques coopératives d'habitation pour retraités *(Tremblay, 2001a)*.

En Montérégie, 575 résidences privées, où vivent environ 12 000 aînés, ont été recensées. Un programme innovateur d'accréditation de ces résidences mené conjointement par les municipalités et les CLSC est actuellement implanté dans 13 territoires de CLSC *(Viens, 2000)*.

En Montérégie comme au Québec, seulement 4 % des aînés vivent dans des ressources d'hébergement publiques *(Conseil des aînés, 2001; RRSSSM, 1996)*. En Montérégie, 5 046 places sont disponibles en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). En plus, diverses ressources (intermédiaires ou de type familiale) affiliées aux CHSLD, complètent l'offre de places pour des soins de longue durée *(RRSSSM, 2002)*.

Soulignons en terminant que les besoins des aînés en matière d'habitation vont au-delà des considérations sanitaires et financières. Le contexte urbain ou rural, le sentiment de sécurité, la présence du réseau social, les ressources de l'environnement immédiat (transport, épicerie, loisirs, etc.), la salubrité du logement et la nécessité de préserver son intimité constituent autant d'éléments qui affectent le choix et les conditions d'habitation des aînés *(Conseil des aînés, 2001; Société d'habitation du Québec, 2000)*.

2.2.3 Le transport accessible et adapté aux réalités des aînés

La disponibilité de services de transport va de pair avec l'accessibilité aux services pour les personnes âgées et leur intégration à la vie sociale. Leur capacité de se déplacer contribue ainsi à leur autonomie, leur bien-être psychologique et leur qualité de vie. D'autant plus, pour les aînés en perte d'autonomie, l'accès à des services de transport constitue une condition essentielle à leur maintien à domicile *(Comité accès transport Montérégie, 1989; Vézina & Pelletier, 1993)*.

Le transport adapté en Montérégie est assuré par 18 organismes de transport adapté qui desservent 7 704 personnes dans 143 municipalités *(Ministère des transports, 2001)*. Toutefois, il semble que les critères d'admissibilité très restrictifs au transport adapté ne permettent qu'à un petit nombre d'aînés à mobilité réduite d'accéder à ce service *(Coalition pour le maintien dans la communauté - Montréal et alentours, 1998)*.

Les organismes communautaires de la Montérégie sont impliqués dans l'accompagnement-transport bénévole *(RRSSSM, 2001a)*. Régi par la loi concernant le transport par taxi, ce service permet à de nombreux aînés de se déplacer principalement pour des fins médicales. Le vieillissement de la population et les besoins grandissants des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile imposent des défis de taille aux organismes concernés par ces services *(Coalition pour le maintien dans la communauté - Montréal et alentours, 1999 & 2001)*.

Le territoire montérégien est constitué d'une forte proportion de zones rurales, ce qui pose une difficulté particulière. En effet, la distance à parcourir pour obtenir des services s'ajoute aux problèmes de disponibilité des services de transport. Dans les MRC d'Acton, Brome-Missisquoi et Jardins de Napierville, aucun service de transport en commun régulier n'est disponible *(Ministère des transports, 2001)*. Le manque de services de transport collectif en milieu rural accroît l'isolement des personnes âgées qui ne possèdent pas d'automobile ou qui ne peuvent pas conduire. La problématique du transport contribue même à l'exode des populations rurales *(Lesage, Morel & Fernet, 1999; Perreault, 1999)*. Des services de transport collectif alternatif tel le Taxi-bus, sont en émergence ou à l'étude afin de pallier les lacunes de services de transport dans certains secteurs de la Montérégie *(Conseil régional de développement en Montérégie, 2000; Perreault, 1999)*.

2.3 DES HABITUDES DE VIE À AMÉLIORER

Chez les personnes âgées en général et plus particulièrement chez celles qui ont une santé plus fragile, l'adoption de saines habitudes de vie peut avoir un impact positif sur leur qualité de vie.

2.3.1 L'activité physique

Les principales autorités internationales en santé publique et en promotion de la santé, que ce soit l'Organisation mondiale de la santé ou le Surgeon General aux États-Unis, reconnaissent que l'activité physique constitue un déterminant important pour la santé des personnes âgées *(OMS, 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Shephard, 1997)*. Notons que dans la population en général, les gens qui ont un mode de vie sédentaire augmentent leur risque d'être atteints de certains problèmes de santé *(Bouchard & Boisvert, 1999; Bouchard, Shephard & Stephens, 1994; Comité scientifique de Kino-Québec, 1999; Leon, 1997; OMS, 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1996)*, tels :

- les maladies cardiovasculaires (1,8 fois plus élevées chez les personnes sédentaires comparativement aux gens actifs);
- l'obésité et ses conséquences;
- l'hypertension artérielle (les gens inactifs augmentent de 30 à 50 % leur risque de développer de l'hypertension);
- le diabète non insulino-dépendant (diminution de 6 % du risque pour chaque augmentation de 500 kcal par semaine de la dépense énergétique);
- l'hypercholestérolémie (augmentation des HDL de 5 à 10 % chez les gens qui deviennent physiquement actifs).

Les données continuent de s'accumuler dans les cas de l'ostéoporose, du cancer du côlon, des lombalgies, des bénéfices psychologiques (anxiété et dépression), des fonctions cognitives, du contrôle de soi et du concept de l'efficacité personnelle *(American College of Sport Medicine, 1998; Kino-Québec, 2000; Layne et Nelson, 1999; OMS, 1995)*. De plus, la sédentarité amplifie les pertes de capacité fonctionnelle normales associées au

vieillissement (diminution de la souplesse, de la vigueur musculaire et de l'équilibre) et ces pertes entraînent, entre autres, une diminution de l'autonomie fonctionnelle et une augmentation des risques de chutes *(American College of Sport Medicine, 1998; Caldwell, 1996; Carlson et autres, 1999; McClung, 1999; OMS, 1995; Shephard, 1997; U.S. Department of Health and Human Services, 1996)*.

En comparant les données provinciales de l'Enquête sociale et de santé de 1998 *(Nolin, Godin & Prud'homme, 2000)* à celles de 1993 *(Nolin, 1995)*, on remarque une augmentation de la sédentarité[3] chez les personnes de 65 ans et plus.

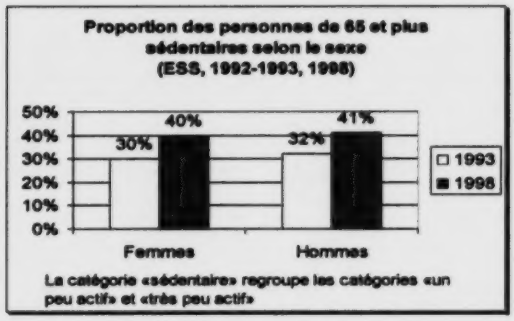

Figure 5

De manière plus précise, le pourcentage d'aînés sédentaires est passé de 30 à 40 % chez les femmes et de 32 à 41 % chez les hommes, bien que la tendance ne soit pas statistiquement significative chez ces derniers *(Nolin et autres, à paraître)*. Par ailleurs, selon cette enquête, comparativement aux autres groupes d'âge, c'est chez les personnes âgées de 65 ans et plus que l'on retrouve le plus haut taux de sédentarité *(Nolin, Godin & Prud'homme, 2000)*.

2.3.2 Le tabagisme

Selon les données de l'Enquête sociale et de santé 1998, en Montérégie, 16,6 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont des fumeurs réguliers *(Payette, 2001; Chapitre 3)*. Fumer et être exposé à la fumée des autres constituent encore chez les individus âgés de 65 ans et plus un important facteur de risque à l'égard de plusieurs problèmes de santé. En effet, le lien entre le tabagisme et la maladie coronarienne, les maladies vasculaires périphériques de même que la maladie pulmonaire obstructive chronique est bien documenté; cette habitude est également associée aux accidents cérébro-vasculaires, à l'ostéoporose, au poids insuffisant, à la perte de force musculaire, au vieillissement pulmonaire accéléré et elle augmente le risque de perte de capacité fonctionnelle. De plus, les personnes âgées démentes qui fument représentent souvent un risque d'incendie pour elles-mêmes et pour les autres *(Kennie, 1993)*.

L'arrêt du tabac amène des bénéfices assez immédiats au point de vue de la réduction de la toux et des expectorations. La progression des maladies respiratoires s'atténue, le risque de cancers et de maladies coronariennes diminue de façon significative. On dit que les fumeurs âgés qui cessent de fumer ont une réduction de la mortalité (toutes causes confondues) deux ans après la cessation du tabac. On constate que les patients qui cessent de fumer ont un meilleur niveau fonctionnel et une meilleure qualité de vie que les fumeurs *(Conseil consultatif de pharmacologie, 1997a)*.

---

[3] *Les résultats incluent l'activité physique de loisir et l'activité physique de transport. La catégorie « sédentaire » regroupe toutes les fréquences de une fois par semaine et moins.*

Sans aucun doute l'absence d'exposition à la fumée du tabac est hautement souhaitable et bénéfique même à un âge avancé *(Tremblay, 2001b)*; les aînés devraient être encouragés à cesser ce comportement très nuisible pour leur santé et leur qualité de vie et supportés dans leurs efforts pour y parvenir.

2.3.3 L'utilisation des médicaments

L'utilisation non judicieuse des médicaments chez les personnes âgées comprend : la consommation de médicaments non nécessaires et la non-consommation de médicaments nécessaires, la sous-consommation de médicaments prescrits (inobservance), la consommation de médicaments avec un potentiel d'interaction néfaste et la consommation de médicaments à éviter à cause des comorbidités ou du processus de vieillissement. Les médicaments présentant le plus souvent une utilisation non judicieuse sont les médicaments cardiovasculaires, les psychotropes (tels les anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens *(Damestoy, 1998; Tamblyn et autres, 1994)*.

Au Québec, au cours de l'année 1999, 86,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont utilisé au moins un médicament prescrit (couvert par la RAMQ) et une personne âgée sur trois (33,2 %) a utilisé au moins un anxiolytique, sédatif, hypnotique (benzodiazépine) *(RAMQ, 2001)*.

Selon les données recueillies lors de l'Enquête sociale et de santé de 1998, en Montérégie, 85,6 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont déclaré avoir utilisé au moins un médicament dans les deux jours précédant l'enquête (75,3 % ont déclaré avoir utilisé au moins un médicament prescrit et 43,6 % au moins un médicament non prescrit) *(Payette, 2001; Chapitres 22-23)*.

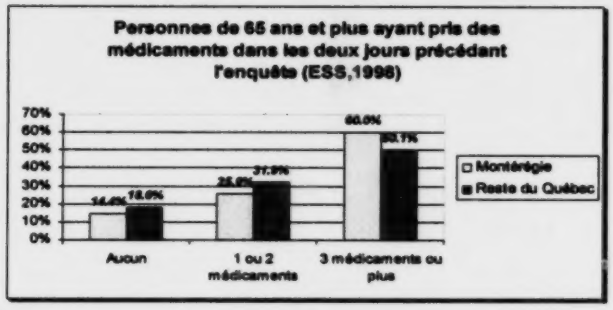

Figure 6

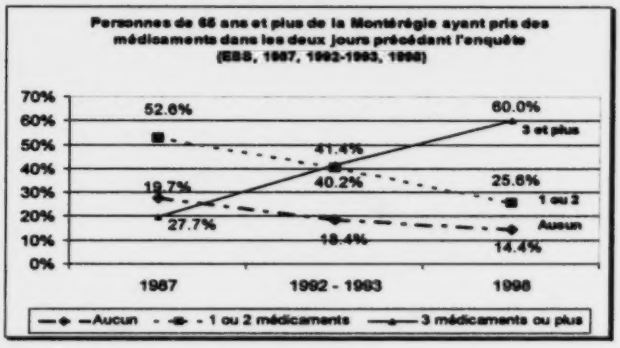

Figure 7

La consommation est supérieure en Montérégie comparativement au reste du Québec et a augmenté de façon importante depuis 1987 (Figures 6 et 7). Ce phénomène peut s'expliquer en partie par le développement dans le domaine pharmaceutique, le vieillissement de la population et le virage ambulatoire.

La consommation de benzodiazépines peut entraîner des problèmes tels les chutes, des troubles de coordination locomotrice, de l'instabilité posturale, des troubles cognitifs, des troubles de mémoire et des troubles de vigilance *(Cohen & Collin, 1997; Conseil consultatif de pharmacologie, 1997b; Réseau de revue de l'utilisation des médicaments, 1998)*. On recommande des doses plus faibles chez les personnes âgées (moins de 50% de la dose adulte) et d'éviter l'utilisation des benzodiazépines à longue durée *d'action (Conseil consultatif de pharmacologie, 1997b)*.

On rapporte que les maladies reliées aux médicaments comptent pour 5 à 23 % des hospitalisations, 1,7 à 5 % des consultations médicales et une mortalité sur mille chez les personnes âgées *(Cohen & Collin, 1997; Tamblyn & Perrault, 1998)*. Une étude québécoise rapporte que le motif d'admission à l'urgence de 15% des personnes âgées était relié aux effets indésirables des médicaments *(Grenier, 1991)*. L'inobservance au traitement compte pour la majorité des problèmes reliés aux médicaments. On affirme que l'on pourrait prévenir la moitié de ces problèmes.

2.3.4 La consommation d'alcool

La consommation élevée d'alcool, soit plus de douze consommations par semaine ou de trois à quatre par jour, est associée au risque de développer certains problèmes de santé. Cependant, il est connu que le risque d'événements accidentels est présent même dans une situation de faible consommation, car l'affectation des capacités sensori-motrices débute à un taux d'alcoolémie d'environ 0,03 *(Bégin et autres, 2000)*. Les personnes âgées doivent être mises en garde contre le mélange de l'alcool et des médicaments et sensibilisées au fait que la tolérance à l'alcool diminue avec l'âge *(Bédard & Savoie, 1998)*.

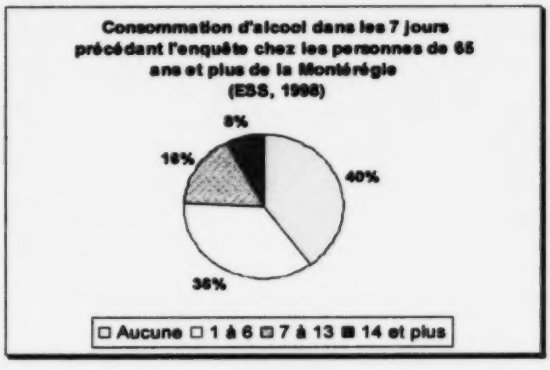

Figure 8

L'Enquête sociale et de santé de 1998 *(Chevalier & Lemoine, 2000)*, rapporte que les personnes de 65 ans et plus consomment moins d'alcool que les autres groupes d'âge. Toutefois, l'enquête démontre une hausse de la proportion de buveurs actuels (individus ayant consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours des 12 derniers mois) chez cette clientèle (58,5 % en 1998 comparativement à 52 % en 1987 et en 1992-1993). La quantité d'alcool consommée au cours des sept jours précédant l'enquête par les personnes âgées de 65 ans et plus de la Montérégie se répartit ainsi : 36 % ont pris de une à six consommations, 16 % de sept à treize et 8 % quatorze et plus alors que 40 % n'ont rien consommé *(Payette, 2001; Chapitre 4)*.

2.3.5 La nutrition

Les besoins nutritionnels des personnes âgées varient sous l'influence de plusieurs facteurs physiologiques, pathologiques, iatrogéniques et environnementaux associés à l'âge et à l'héritage génétique de la personne. De même, les apports alimentaires sont influencés par de nombreux facteurs physiologiques, psychologiques, environnementaux, pathologiques, socio-culturels, économiques, etc. Le problème de la malnutrition survient lorsqu'il y a une inadéquation de façon chronique, entre les apports alimentaires et les besoins nutritionnels et énergétiques.

On constate qu'avec l'âge, la consommation alimentaire tend à diminuer et ce, autant du point de vue quantitatif (nombre de calories, apports en nutriments) que qualitatif (variété dans l'alimentation) (*Massé, 1987*). Les personnes vivant seules auraient une alimentation moins adéquate du point de vue nutritionnel que les personnes vivant avec d'autres *(Dubois et autres, 2000)*. Les données de l'Enquête sociale et de santé de 1998, pour la Montérégie, révèlent que 29 % des personnes de 65 ans et plus mangent habituellement seules *(Payette, 2001; Chapiter 6)*.

On constate que chez les personnes âgées hospitalisées ou vivant en institution, la malnutrition est très prévalente : 30 à 65 % pour les personnes hospitalisées *(Bernier et autres, 1996)* et 25 à 60 % pour les personnes âgées hébergées *(Dessureault, Major & Pettigrew, 1998)*. On attribue ces prévalences élevées au fait que les personnes qui séjournent dans ces milieux sont fréquemment malades, frêles et dénutries au moment de leur admission, que leur condition physiologique particulière fait souvent obstacle au rétablissement de leur équilibre nutritionnel, et que plusieurs conditions qui prévalent dans ces établissements sont peu propices à la récupération nutritionnelle *(Kersletter, Holthausen & Fitz, 1992)*.

La dénutrition est également particulièrement prévalente chez la clientèle des services de maintien à domicile des CLSC. On peut comprendre qu'on se retrouve encore dans un segment de la population où les personnes malades et frêles sont plus nombreuses que dans la population des aînés qui ne reçoit pas ces services. L'administration de l'outil de dépistage du risque de malnutrition, développé par Payette & Cyr *(1992)* auprès de la clientèle des services de maintien à domicile de deux CLSC en Montérégie et cinq CLSC en Estrie, a permis de déterminer qu'environ une personne âgée sur trois est à risque élevé et qu'une personne âgée sur deux est à risque modéré de malnutrition *(Benoit, 2000; Noël et autres, 2001; Payette & Cyr, 1992)*. Enfin, la population vivant dans la communauté semble être à risque de malnutrition dans 3 à 7 % des cas *(Auclair, 1999; McCormark, 1997)*. La malnutrition et ses conséquences sont habituellement réversibles lorsqu'un soutien adéquat est rapidement disponible.

Par ses effets d'altération des systèmes musculaires, nerveux et immunitaire, la malnutrition augmente le risque de morbidité et de mortalité. Elle affecte les capacités fonctionnelles et cognitives, le processus de guérison et par conséquent, la santé et le bien-être des personnes qui en sont atteintes (*Kesgoat, 1998, Ouellette, 1999*). La

malnutrition augmente de deux à six fois la morbidité infectieuse et multiplie le risque de mortalité par deux à quatre fois chez les personnes atteintes.

Tout en reconnaissant que le poids insuffisant et la perte de poids rapide et non désirée sont nocifs pour les personnes âgées en raison de leur association avec la malnutrition, il faut aussi craindre l'excès de poids, particulièrement l'obésité qui est reliée très clairement à l'incidence de nombreuses maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et à des complications d'autres problèmes de santé comme l'ostéoarthrite *(Statistique Canada, 2001; Santé et bien-être social Canada, 1988)*. Lors de la dernière Enquête sociale et de santé de 1998, le tiers des aînés de la Montérégie (33,5%) présentaient un excès de poids (*Payette, 2001; Chapitre 8*).

2.3.6 *La santé buccodentaire*

Les principaux problèmes de santé buccodentaire sont l'édentation totale ou partielle, les caries dentaires localisées particulièrement au niveau des racines des dents, les maladies des tissus de support des dents (maladies parodontales) et les prothèses dentaires non fonctionnelles. Ces problèmes peuvent entraîner des carences alimentaires, des troubles de digestion, une consommation de médicaments pour soulager des problèmes gastro-intestinaux, des problèmes d'élocution et une faible image de soi *(Brodeur et autres, 1990)*.

Selon les indicateurs disponibles, la santé buccodentaire des personnes de 65 ans est très déficiente. Par ailleurs, ce sont les aînés en perte d'autonomie hébergés qui présentent les conditions buccodentaires les plus déplorables. Selon une étude de Simard et autres, réalisée en 1983, trois personnes sur quatre sont complètement édentées, 10 % de celles-ci ne portent pas de prothèse dentaire et leur dernière visite chez un professionnel de la santé dentaire remonte en moyenne à 15 ans. Ces données sont corroborées pour les CHSLD de la Montégérie *(Corbeil & Crelier, 1999)*. Des données récentes sur la santé buccodentaire des adultes de 35-44 ans au Québec *(Brodeur et autres, 1997)* démontrent une prévalence très élevée de l'édentation et des maladies parodontales, ce qui laisse soupçonner des indicateurs de santé buccodentaire encore très déficients chez nos aînés actuels et futurs.

2.4 UN ENVIRONNEMENT SOCIAL MIEUX ADAPTÉ

> *« Les personnes âgées devraient rester intégrées dans la société, devraient participer activement à la définition et à l'application des politiques qui touchent directement leur bien-être, et devraient partager leurs connaissances et leur savoir-faire avec les jeunes générations » (ONU, 1991; cité dans Gosselin, 2001).*

Les principales problématiques des personnes âgées reliées à leur environnement social sont l'absence de la reconnaissance de leurs rôles sociaux, l'isolement social, le sentiment d'insécurité et le fardeau, pour les familles, associé au soutien d'une personne âgée en perte d'autonomie.

2.4.1 La reconnaissance des rôles sociaux

Une société pour tous les âges se doit de combattre l'âgisme qui se définit comme la discrimination à l'encontre des personnes du fait de leur âge. L'âgisme se traduit par des stéréotypes et préjugés négatifs à l'endroit des personnes âgées. Une telle attitude peut conduire à leur marginalisation et un manque de reconnaissance de leurs rôles sociaux, par exemple, en les jugeant globalement improductives et à la charge des autres (*Lefrançois, 1997*).

Les valeurs sociales, la transformation du rôle social, la perte de contact avec la communauté, la diminution des activités sociales et le cloisonnement entre les générations sont des facteurs d'accentuation de la marginalité sociale. La vulnérabilité sociale s'amplifie en l'absence d'une structure d'aide (aidants familiaux, services sociosanitaires) et de conditions environnementales (habitation, transport) adéquates. Une perte d'autonomie physique contribue également à la marginalisation des personnes âgées. Les personnes âgées de 75 ans et plus (groupe dans lequel les femmes sont sur-représentées) sont les plus à risque de rencontrer des problèmes d'intégration sociale *(Dalpé, Lacombe et Lalonde 1997; Macleod et autres, 1997)*.

Même en avançant en âge, les aînés peuvent continuer à remplir la plupart des rôles qui leur étaient dévolus avant qu'ils n'atteignent l'âge de 65 ans. Ils peuvent même en assumer de nouveaux. Ainsi, en plus d'un rôle économique significatif, ils peuvent assumer ceux de chroniqueurs du passé et d'éducateurs auprès des plus jeunes. Malheureusement, ces contributions sont souvent peu valorisées et mises à profit *(Grand'maison, 1996; Lefebvre, 1996)*.

Bien qu'en général les personnes âgées ne participent plus de façon active au marché du travail, elles continuent à donner de leur temps pour aider les autres et améliorer leur collectivité. En effet, l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation de 1997 révèle que 23 % des Canadiens de plus de 65 ans font du bénévolat. Au cours de l'année 1997, les aînés canadiens ont consacré 202 heures à des actions bénévoles, tandis que les autres groupes d'âge y ont consacré de 125 à 170 heures *(Hall et autres, 1998)*. Une étude canadienne récente rapporte que le travail non rémunéré par les personnes de 55 ans et plus représenterait environ 1,5 % du produit intérieur brut (PIB), soit 10,5 milliards de dollars *(Robb et autres, 1999)*. Ces statistiques démontrent non seulement l'apport affectif, familial et informel des aînés, mais aussi leur contribution économique. Malgré cela, le défi consiste encore à faire reconnaître toute la valeur de leur apport à la société et, de là, à modifier positivement les stéréotypes entretenus à leur égard.

2.4.2 L'isolement social

L'isolement social signifie autant l'isolement physique (loin des amis, incapacité de sortir) que l'isolement affectif (peu d'amis, piètre qualité avec le réseau de soutien naturel) *(Blai, 1989)*. Cependant, l'isolement social se distingue de la solitude. Le premier est subi, alors que le deuxième peut relever d'un choix personnel. La pauvreté, la marginalisation, les deuils et la diminution des capacités physiques et mentales sont autant de facteurs qui entraînent ou accentuent le phénomène d'isolement social *(Blai, 1989; Nahmiash, 1999)*.

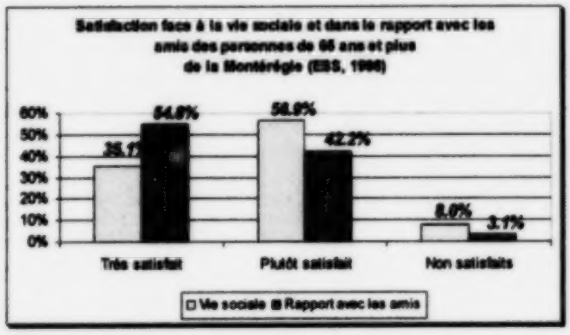

Figure 9

L'isolement social a été identifié comme étant un problème important et dommageable à la qualité de vie des aînés *(Delisle, 1999; Gotlieb, 1987)*. Il peut engendrer des sentiments de solitude et de la détresse psychologique qui sont liés à la dépression et au suicide. L'isolement social est également lié à la malnutrition, aux mauvais traitements infligés aux personnes âgées, à la détérioration des fonctions cognitives, à l'augmentation du taux d'incapacités et d'institutionnalisation *(Haber, 1994; Lakey & Lutz, 1996; Rook & Schuster, 1996; Seeman, 1996)*.

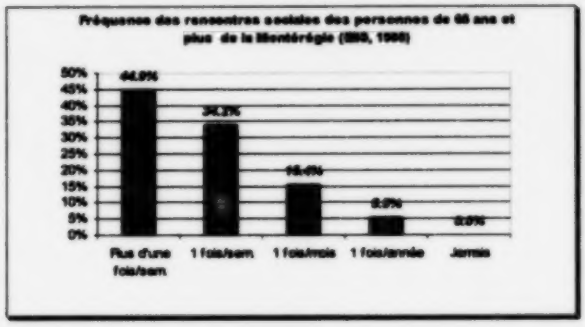

Figure 10

Selon l'Enquête sociale et de santé de 1998, 18,1 % des personnes âgées de 65 ans et plus en Montérégie ont un niveau de soutien social (satisfaction quant aux rapports sociaux, taille du réseau social et intégration à la vie sociale) jugé faible. De plus, 20,9% des aînés ont rapporté n'avoir des rencontres sociales qu'une fois par mois ou moins (*Payette, 2001; Chapitre 25*).

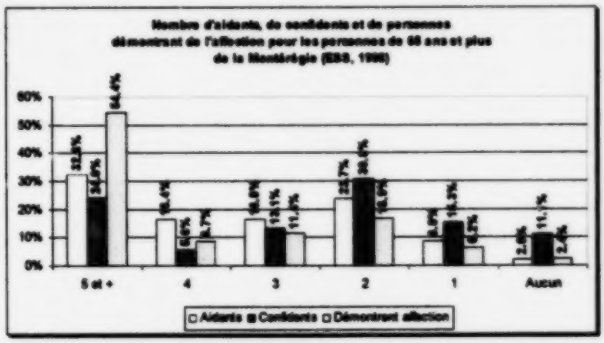

Figure 11

2.4.3 Le sentiment de sécurité

Le sentiment de sécurité est une condition essentielle au maintien de l'autonomie et de l'intégrité. Malheureusement, un certain nombre de personnes âgées souffrent d'insécurité *(Comité des hauts fonctionnaires, 1999)*. Les principaux facteurs de risque associés à l'insécurité des aînés sont l'apparition des maladies chroniques, les changements dans leur réseau et leurs relations sociales, la dégradation de leur situation économique, la diminution de leur autonomie fonctionnelle et leur perception d'être plus vulnérables face aux actes criminels *(Carrière & Pelletier, 1995; Gosselin, 1987)*. D'une part, les stéréotypes négatifs découlant de l'âgisme accentuent l'image de vulnérabilité des personnes âgées, ceci pouvant ainsi favoriser les attitudes et les comportements violents à leurs égards. D'autre part, les stéréotypes trop positifs font percevoir des aînés en bien meilleure santé qu'ils ne le sont en réalité ce qui favorise l'adoption d'attitudes, de comportements et de politiques non adaptés à leurs besoins de sécurité spécifiques dans leurs environnements physique et social *(Comité des hauts fonctionnaires, 1999)*.

Même si un moins grand nombre d'actes criminels est observé chez les personnes de 65 ans et plus comparativement aux plus jeunes, elles en sont plus souvent victimes. Ce constat est révélé par la pondération du nombre d'aînés victimes par un facteur d'exposition proportionnelle.

Le sentiment d'insécurité ressenti par les aînés peut les amener, entre autres conséquences, à s'isoler davantage, à diminuer leur niveau d'activité ce qui affecte rapidement leur niveau d'autonomie fonctionnelle, à développer davantage de troubles anxieux, dépressifs et de somatisation et à recourir trop rapidement à des services spécialisés tels que l'institutionnalisation *(Carrière & Pelletier, 1995)*.

2.4.4 La contribution des aidants familiaux et le fardeau de l'aide

> *« Le fardeau de la prise en charge se compose des exigences émotionnelles et physiques et des responsabilités que la maladie de quelqu'un impose aux membres de la famille, aux proches ou aux autres personnes appelées à avoir soin du malade en dehors du réseau de la santé » (Santé Canada, 2000).*

On définit comme aidant familial, « toute personne de l'entourage immédiat de la personne âgée en perte d'autonomie qui, à titre non professionnel, lui assure, de façon régulière ou occasionnelle un soutien émotif, des soins et des services de nature variée, destinés à compenser ses incapacités. Il peut s'agir du conjoint, des enfants adultes, d'autres membres de la famille, des amis, des voisins » *(Garant & Bolduc, 1990)*. Comme le suggère Lavoie *(2000a)*, il est préférable d'utiliser le terme « aidant familial » plutôt qu'« aidant naturel » parce que les recherches démontrent que le soutien et les soins offerts dépassent de beaucoup en intensité ce qui est considéré « naturel » dans les échanges de soutien dans la famille. La famille dispense de 70 à 85 % des soins aux personnes âgées avec des incapacités fonctionnelles lorsque ces dernières vivent à domicile *(MSSS, 2001)*. Les responsabilités des aidants familiaux sont nombreuses : accompagnements à l'hôpital, au

CLSC, au cabinet de médecin, préparation des repas, prise en charge des travaux domestiques, soutien psychologique, négociation avec le réseau de santé, surveillance pour assurer la sécurité, etc. *(Conseil du statut de la femme, 2000).*

Les aidants sont dans 67 % des cas des femmes. Le pourcentage de femmes atteint 74 % lorsqu'il s'agit d'aidants principaux *(Lavoie, 2000b).* Les hommes sont aidants de leur conjointe alors que les femmes aident soit leur conjoint ou leurs parents ou leurs beaux-parents *(Ducharme, 1997).* Le fardeau est plus grand pour les aidants qui habitent avec la personne âgée en perte d'autonomie.

Avec le virage ambulatoire et le manque de ressources en maintien à domicile, le fardeau des aidants familiaux est de plus en plus important et peut entraîner un épuisement physique et moral, un manque de temps libre, une vie sociale limitée, des conflits familiaux, une perte ou une réduction du temps de travail, sans compter des coûts économiques *(AFEAS, 2000; Paquet, 1995; Santé Canada, 2000).* Selon une recherche, 9 % des Canadiennes entre 55 et 64 ans ont quitté leur emploi pour prendre soin d'un proche *(Conseil du statut de la femme, 1999).* Le virage ambulatoire a donc eu pour impact de transformer les aidants en soignants *(Conseil du statut de la femme, 2000)* et de transformer, dans bien des cas, l'affection en obligation *(MSSS, 1991).* L'épuisement des aidants familiaux entraîne un recours accru aux services publics de maintien à domicile et d'hébergement *(MAS, 1985; MSSS, 2001).* Le Conseil du statut de la femme *(2000)* estime que le coût des soins infirmiers, des soins personnels, du transport et des fournitures pour prendre soin d'une personne maintenue à domicile par le travail gratuit d'une femme est de 5.60 $ par jour comparativement à 38.26 $ par jour si ces services étaient dispensés par le réseau de la santé et des services sociaux.

Les aidants familiaux au sein des communautés ethnoculturelles font souvent face à des difficultés qui leur sont spécifiques comme les barrières linguistiques et culturelles qui peuvent rendre l'offre et l'acceptation d'aide du réseau de la santé et des services sociaux plus difficiles. L'aide aux proches dans les communautés ethnoculturelles relève souvent d'un sentiment d'appartenance qui peut s'accompagner d'un sentiment de devoir et d'obligation *(Centre d'excellence sur la santé des femmes, 1999).* Ce sentiment de devoir, d'obligation et de responsabilité de la prise en charge n'est toutefois pas l'apanage des communautés ethnoculturelles; il se retrouve également dans la culture québécoise puisqu'il réfère à la solidarité familiale *(Paquet, 1996).*

Sans le support approprié, les aidants risquent eux-mêmes l'épuisement, situation qui entraîne des conséquences importantes pour l'aidant et l'aidé. Dans son document d'*Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, le ministère de la Santé et des Services sociaux *(2001)* souligne l'importance de soutenir les proches des personnes âgées en perte d'autonomie et, par conséquent, de considérer l'aidant familial comme un usager des services au même titre que la personne en perte d'autonomie.

2.4.5 L'abus, la négligence et la violence

Il existe plusieurs formes d'abus faits aux aînés : l'abus physique (blessures apparentes ou non, infligées délibérément); l'abus psychologique ou émotif (assaut verbal, menaces, intimidation, infantilisation et humiliation, isolement et privation de chaleur humaine et de relations sociales); l'abus matériel (exploitation financière qui peut aller du vol au détournement de fonds ou autres types de propriétés, abus de confiance); l'abus social (lié à l'organisation sociale qui véhicule des valeurs âgistes telles que le mépris envers les personnes âgées, le langage irrespectueux) *(Comité sur les abus exercés à l'endroit des aînés, 1990; Martel, 1997; Podnieks et autres, 1990)*. Ces formes d'abus sont d'autant plus troublantes qu'elles sont souvent infligées par des proches (enfants, conjoint ou aidant). Un Canadien de 65 ans et plus sur 25 déclare qu'une personne de confiance, un dispensateur de services ou un membre de la famille lui fait subir ou lui a fait subir une quelconque forme de mauvais traitement (Podnieks et autres, 1990). Si on extrapole ces statistiques pour la Montérégie, près de 6 000 aînés seraient victimes de mauvais traitements dans la région. On évalue qu'entre 8 et 13 % des personnes âgées clientes du réseau de la santé et des services sociaux sont victimes d'abus et de négligence *(Comité sur les abus exercés à l'endroit des aînés, 1990; Nahmiash, 1998)*.

L'abus matériel est la forme la plus fréquente d'abus (50 % des cas rapportés). L'agression verbale chronique représente 30 % des cas rapportés et la violence physique 10 % *(Nahmiash, 1998; Podnieks et autres, 1990)*. L'étendue de l'abus et de la négligence chez les personnes âgées est très probablement sous-estimée, compte tenu des grandes difficultés qu'éprouvent les personnes âgées à nommer et à dénoncer les abus qu'elles subissent *(Lukawiecki, 1992; Nahmiash, 1998)*. Parmi les facteurs associés les plus souvent cités dans la littérature, on retrouve le degré de dépendance important entre la victime et l'agresseur (affectif, physique et financier), les problèmes de toxicomanie chez l'entourage, le degré de stress élevé ainsi que l'épuisement des aidants familiaux et du personnel soignant *(Conseil des aînés, 1995; Nahmiash, 1998)*. La perte d'autonomie peut être accentuée, d'une part, par le manque de soutien social ou familial, par des perceptions âgistes et d'autre part, par l'isolement social dont souffre une proportion importante de personnes âgées. De là l'importance d'intervenir sur les facteurs de protection comme le renforcement du potentiel des personnes âgées, le soutien des aidants familiaux ainsi que l'accessibilité à un logement et à du transport adéquat.

2.5 UNE SANTÉ MENTALE À PROTÉGER

La santé mentale est définie comme un état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné. Elle s'actualise, entre autres, par le bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu *(Blanchet et autres, 1993)*. La santé mentale est liée aux valeurs collectives. Elle est influencée par les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Elle peut être définie à l'aide de deux continuums. Le premier fait référence à la *santé mentale optimale-minimale* (ou bien-être – détresse non clinique). Le deuxième fait plutôt référence à la *santé mentale – présence d'un trouble mental, soit* une maladie pouvant être diagnostiquée *(Blanchet et autres, 1993; Comité de la santé mentale, 1994; Desmarchais et autres, 2000)*.

L'Enquête sociale et de santé de 1998 incluait un indicateur de la perception de l'état de santé mentale des individus. En Montérégie, 93,7 % des personnes de 65 ans et plus ont affirmé avoir une excellente ou très bonne (72,2 %) ou bonne (21,5 %) santé mentale *(Payette, 2001; Chapitres 16-17).*

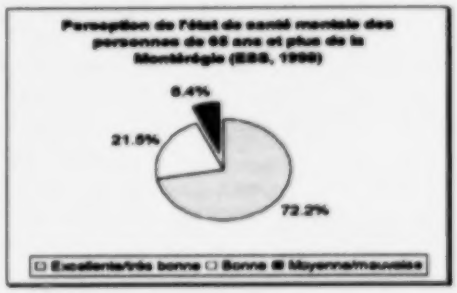

Figure 12

2.5.1 La détresse psychologique

Le niveau de détresse psychologique est sans aucun doute la mesure qui nous révèle le plus sur l'état de santé mentale de la population. La détresse psychologique est définie comme étant un état subjectif déplaisant qui peut se présenter sous deux formes, soit la dépression et l'anxiété *(Légaré et autres, 2000).*

L'Enquête sociale et de santé de 1998 *(Légaré et autres, 2000)* révèle que les personnes de 65 ans et plus sont celles qui présentent, en moins grand nombre, un niveau élevé de détresse psychologique (10,7 % pour les 65 ans et plus comparativement à 20,1 % pour l'ensemble de la population). Fait encourageant, ces taux semblent s'être améliorés au cours des dernières années.

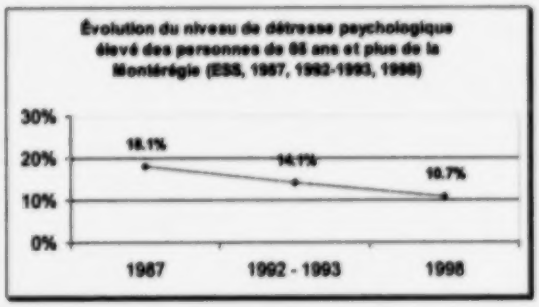

Figure 13

Dans le groupe des 65 ans et plus, les femmes présentent, en plus grand nombre, un niveau élevé de détresse que les hommes du même âge (12,8 % et 8,0 % respectivement). Les nombreuses pertes que subissent les personnes âgées (décès du conjoint, placement, changements physiologiques, etc.) entraînent souvent un sentiment d'impuissance qui expliquerait cette détresse *(Mirowsky & Ross, 1992).* D'ailleurs, ce taux grimpe à 46,9% chez les personnes âgées en perte d'autonomie *(Préville et autres, 2000a).*

2.5.2 La dépression

La dépression est une maladie et ne devrait pas être considérée comme faisant partie du vieillissement normal. La prévalence de symptômes dépressifs est d'environ 15 % chez les personnes âgées vivant dans la communauté et de 3 à 5 % des aînés souffrent de dépression majeure. Entre 15 et 25 % des personnes âgées en centre d'hébergement présentent des symptômes dépressifs *(Hottin & Carrier, 1997).* La dépression est souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée chez les personnes âgées. Les symptômes de dépression peuvent souvent être vus comme des phénomènes normaux de l'avancement

en âge ou des symptômes de maladies physiques. Le Conseil consultatif de pharmacologie *(1996)* estime que 50 % des cliniciens ne reconnaissent pas la dépression chez les aînés.

Pour tous les groupes d'âge réunis, entre 10 et 20 % des personnes déprimées mettent fin à leurs jours. La dépression peut compromettre l'autonomie et la participation active de la personne âgée à son traitement et à sa réadaptation. La dépression peut entraîner un désengagement conduisant à l'isolement, une négligence de l'hygiène personnelle, l'incontinence, la malnutrition, la dépendance envers autrui et un abus de médicaments ou d'alcool *(Hottin & Carrier, 1997)*.

2.5.3 Le suicide

Soulignons en débutant que le suicide n'est pas plus socialement acceptable à 70 ans qu'à 20 ans. Les facteurs associés au suicide des aînés sont variés, nombreux et dans plusieurs cas inévitables : pertes de capacité fonctionnelle, maladie et douleur, deuil et perte d'indépendance. D'autres facteurs associés aux comportements suicidaires sont la dépression, le retrait social, l'isolement, l'abus d'alcool et de médicaments, les problèmes financiers et l'accessibilité des moyens (armes à feu, médicaments) (*Dyck, Mishara et White, 1998*).

En Montérégie (comme au Québec), pour la période 1996-1998, les taux de suicide (par 100 000 personnes) chez les personnes âgées sont très élevés. Ainsi en Montérégie, en 1998, 22 personnes de 65 ans et plus se sont enlevées la vie, soit 18 hommes et quatre femmes *(MSSS, 1998a)*. Chez les femmes, les deux groupes d'âge qui présentaient les plus hauts taux sont les 65-69 ans (8,2) et les 75-79 ans (6,3). Les taux sont beaucoup plus élevés chez les hommes et plus particulièrement pour les groupes d'âge de 75 à 79 ans (29,9) et de 90 ans et plus (26,4). Les veufs âgés forment un groupe particulièrement à risque de mettre fin à leurs jours.

Les personnes âgées font peu de tentatives. Leurs gestes suicidaires semblent plus réfléchis, elles utilisent des moyens plus létaux, communiquent peu leurs intentions et ne demandent pas d'aide. Rappelons cependant que 70 % des personnes âgées décédées par suicide avaient consulté leur médecin dans les semaines précédentes, sans que celui-ci ait identifié leur détresse et leurs idées suicidaires *(De Vriendt, 1991)*.

2.6 DES TRAUMATISMES À ÉVITER

Dans la population, les personnes âgées sont plus souvent victimes de traumatismes à leur domicile, ces derniers pouvant être causés par des chutes, incendies ou brûlures.

2.6.1 Les chutes

Tant au Québec qu'en Montérégie, pour la période de 1997-1998, les décès dûs aux chutes constituent près du tiers des décès par blessures non intentionnelles, cette cause devançant même les décès reliés aux véhicules moteurs *(Hamel, 2001)*. Au Québec, entre 1992 et 1997, on compte 534 décès dûs aux chutes par année, dont 57 chez les 65-74 ans et 417 chez les 75 ans et plus *(Schaefer et autres, 2000)*. En Montérégie, les chutes ont causé 460 décès pour la période de 1992-1997, soit une moyenne de 77 chutes annuellement. Dans la majorité des cas (66/77), les personnes étaient âgées de 65 ans et plus. Pour la même période, on dénombrait annuellement 3 253 hospitalisations en Montérégie relatives aux chutes. Les personnes de 75 ans et plus représentaient près du tiers de ces hospitalisations *(Schaefer et autres, 2000)*.

Des études indiquent que chaque année, le tiers des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile font au moins une chute *(O'Loughlin et autres, 1993; Tinetti, Speechley & Ginter, 1988)*. Toutefois, seulement de 3 à 13 % de ces chutes entraînent des blessures graves *(Trickey et autres, 1999)*. Le fait d'avoir chuté peut avoir un impact sur la qualité de vie des personnes âgées qui craignent souvent de rechuter. Chez certaines personnes, la peur de chuter occasionne des restrictions d'activité et contribuent directement à leur perte d'autonomie et à leur isolement *(Arfken et autres, 1994; Lawrence et autres, 1998)*. Par ailleurs, les chutes sont un important facteur de prédiction d'un placement en institution, le risque de placement étant étroitement lié avec le niveau de sévérité des chutes *(Tinetti & Williams, 1997)*.

Les chutes résultent de plusieurs facteurs dont les principaux sont les suivants :

- l'état de santé, soit les problèmes de vision et d'audition, l'hypotension orthostatique, la maladie de Parkinson, l'ostéoporose, l'ostéoarthrite, les incapacités cognitives, etc. (*Mustard & Mayer, 1997*);
- les problèmes musculo-squelettiques et neuromusculaires affectant l'équilibre et la démarche (*Arfken et autres, 1994; Beaulne et autres, 1991; Menz& Lord, 1999*);
- la consommation de certains médicaments et d'alcool (*Lakhani, 1997; Lange, 1996; Leipzig, Cumming & Tinetti, 1999a & 1999b; Monette & Avorn, 1996; Sleeper, Bond & Rojas-Fernandez, 2000*);
- les facteurs environnementaux (*Connell, 1996; Gill et autres, 1999; Neufeld et autres, 1991*).

Les personnes âgées vivant en institution sont particulièrement à risque de chutes. Ainsi, on estime que de 30 à 50 % des personnes âgées vivant en milieu institutionnel sont victimes de chutes annuellement *(Ginter & Mion, 1992; Tinetti, 1987)*. L'incidence moyenne annuelle des chutes y est de deux à trois fois plus élevée que dans la communauté *(Neufeld et autres, 1991; Rubeinstein, Josephson & Osterweil, 1996)*. En institution, le risque de chuter serait lié davantage à des facteurs endogènes (problèmes de démarche et d'équilibre, faiblesse, confusion, surmédication, station couchée prolongée, activités restreintes, maladies chroniques) comparativement aux personnes âgées vivant à domicile où les

risques de chutes sont davantage liés à des facteurs exogènes ou environnementaux (éclairage, surfaces glissantes, planchers inégaux, etc.) *(Neufeld et autres, 1991; Rubeinstein, Josephson & Osterweil, 1996; Schaefer et autres, 2000)*. Les résultats de l'étude de Gill, Williams & Tinetti *(2000)* n'arrivent pas à associer clairement les facteurs de risque environnementaux aux chutes. Ils en concluent que dans un contexte de rareté de ressources, il est préférable d'investir dans l'amélioration des facteurs endogènes, facteurs pour lesquels le lien de causalité avec les chutes est bien établi.

2.6.2 Les incendies et brûlures

En Montérégie, de 1992 à 1997, on comptait 41 décès attribuables aux incendies et aux brûlures dans la population en général, pour une moyenne annuelle de 7 décès. Quelques 519 hospitalisations ont été enregistrées pour la période de 1992-1998, soit une moyenne annuelle de 87 hospitalisations. Les personnes âgées et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à cette catégorie de blessures *(Schaefer et autres, 2000)*.

La vulnérabilité des personnes âgées aux incendies résidentiels s'explique dans la mesure où elles sont plus susceptibles d'avoir une mobilité réduite et des réflexes moindres en raison de l'âge ou de certains handicaps limitant leur capacité à fuir. L'utilisation de médicaments ou le fait de vivre seul vient accentuer leur vulnérabilité *(Baker et autres,1992; Forjuoh et autres, 1997)*.

L'absence d'avertisseur de fumée, le type de logement, l'utilisation d'un chauffage d'appoint, la pauvreté, le mélange tabac-alcool sont les principaux facteurs de risque des blessures liées aux incendies et brûlures *(Runyan et autres, 1992; Warda, Tenebein & Moffat, 1999)*.

Les brûlures causées par l'eau chaude du robinet sont également une importante cause de morbidité chez les personnes âgées. On dénombre chaque année au Québec, 3,4 décès par des brûlures causées par l'eau chaude du robinet. Les principales victimes sont les personnes de 65 ans ou plus *(Bureau du coroner, 2000)*. Une faible exposition à un liquide chaud produira chez elles une brûlure profonde compte tenu de l'amincissement de la peau lié au vieillissement *(American Burn Association, 2000)*.

2.7 DES MALADIES ÉVITABLES PAR L'IMMUNISATION

Certaines maladies évitables par l'immunisation revêtent une importance particulière chez la personne âgée, ce sont l'influenza et les infections invasives à pneumocoque.

2.7.1 L'influenza

L'influenza est une infection virale occasionnant une maladie respiratoire fébrile aigüe contagieuse, accompagnée de symptômes systémiques et qui constitue un problème de santé publique majeur *(Comité consultatif national de l'immunisation, 1998; Squires et autres, 2001)*. À chaque année surviennent des éclosions et des épidémies de grippe, généralement durant les mois d'hiver et, même en l'absence d'épidémie franche, une

activité de l'influenza est observable entre les mois de décembre et mars *(Comité consultatif national de l'immunisation, 1998)*. Quoique la grippe frappe tous les groupes d'âge, les complications sérieuses et les décès touchent surtout les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées *(Comité consultatif national de l'immunisation, 1999 & 2000)*. On estime que plus de 90 % des décès attribuables à la pneumonie et à la grippe surviennent chez les personnes de 65 ans et plus *(Centers for Disease Control and Prevention, 1999)*.

La fréquentation des urgences et leur débordement en hiver sont dus en partie aux maladies respiratoires, aux surinfections bronchiques, aux pneumonies et aux grippes *(Direction de la santé publique Montréal-Centre, 1999)*.

2.7.2 *Les infections à pneumocoque*

Les infections à pneumocoque ou Streptococcus pneumoniae, telles la méningite, la pneumonie, l'otite moyenne, la sinusite et la bactériémie affectent plus particulièrement les jeunes enfants, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques débilitantes et les personnes ayant un système immunitaire compromis *(Guay, 2000)*. Les infections causées par le pneumocoque engendrent une morbidité et une mortalité importantes. En 1999, on a rapporté une incidence de 15,3/100 000 personne-année *(Jetté, 2000)*. Annuellement, on estime qu'au Québec, plus de 5 000 hospitalisations et plus de 100 décès sont causés par les infections graves à pneumocoques *(MSSS, 1999)*. La mortalité associée à ces infections est élevée et ce, malgré l'instauration d'un traitement antibiotique adéquat. Une proportion importante de souches de pneumocoques est résistante aux antibiotiques et ce phénomène est en augmentation au Québec comme ailleurs *(Appelbaum, 1992; Jetté, 2000; Lovgren & Talbot, 1999)*.

Selon une récente analyse, la mortalité associée aux pneumonies à pneumocoque est estimée à 12,3 %, doublant pour les personnes atteintes de maladies chroniques et pouvant tripler pour les personnes vivant en hébergement *(Fine et autres, 1996)*.

2.8 DES MALADIES CHRONIQUES À PRÉVENIR, DÉPISTER ET TRAITER

Plusieurs problèmes de santé sont particulièrement présents chez les personnes âgées. Ainsi, au Québec, selon l'Enquête sociale et de santé, en 1998, 13,7 % des personnes âgées ne rapportaient aucun problème de santé, 14,6 % en rapportaient un et 71,7 % en rapportaient plus d'un. La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes *(Levasseur & Goulet, 2000)*.

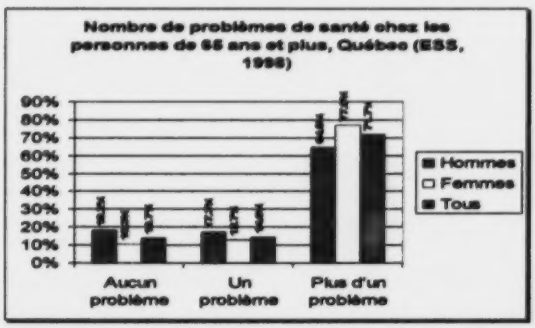

Figure 14

Figure 15

L'Enquête sociale et de santé (1998) rapporte que les prévalences de certains problèmes de santé sont : l'hypertension artérielle (37,1 %), l'arthrite ou rhumatisme (34,8 %), les maladies cardiaques (23,2 %), les maladies de l'œil (21,1 %), les maux de dos ou de la colonne (15,8 %), les troubles digestifs fonctionnels (12,5 %), les troubles de la thyroïde (11,6 %), le diabète (11,0 %), les troubles du sommeil (10,7 %), et l'hypercholestérolémie (10,0 %). À l'exception des maladies cardiovasculaires, les taux de prévalence sont toujours plus élevés chez les femmes que les hommes.

Les problèmes cognitifs chez les personnes âgées peuvent se présenter sous forme de démence, de confusion et de perte de mémoire. Selon une étude canadienne, la démence touche 8 % des personnes de plus de 65 ans et 35 % des personnes de plus de 85 ans. On rapporte que 64 % des démences sont causées par la maladie d'Alzheimer et que de 10 à 20 % des démences seraient réversibles, certaines étant causées par la surconsommation de médicaments ou la dépression *(Chertkow et Bergman, 1997)*.

2.9 LE MAINTIEN DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES

Les pertes de capacité fonctionnelle peuvent être causées par plusieurs facteurs dont les maladies chroniques, les problèmes cognitifs, les problèmes auditifs et les problèmes visuels.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 81,1 ans chez les femmes et à 74,6 ans chez les hommes. L'espérance de vie en bonne santé, par ailleurs, est moindre. Ainsi, les femmes peuvent s'attendre à vivre avec une perte d'autonomie pendant 13,0 ans (espérance de vie en bonne santé de 68,1), comparativement à 9,3 ans pour les hommes (espérance de vie en bonne santé de 65,3 ans) *(Pageau et autres, 2001)*.

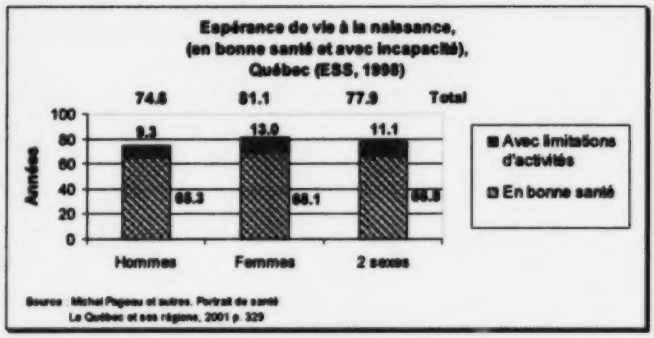

Figure 16

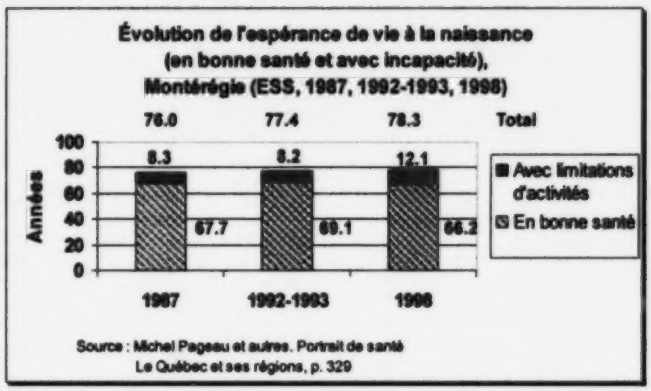

Figure 17

Lorsqu'on examine les données des enquêtes sociales et de santé de 1987, 1992 – 1993 et 1998, on remarque en Montérégie, une légère augmentation de l'espérance de vie à la naissance, mais aussi une importante augmentation des années de vie avec incapacité (12,1 ans en 1998 comparativement à 8,3 ans en 1987 et 8,2 ans en 1992-1993) de même qu'une diminution importante de l'espérance de vie en bonne santé (66,2 en 1998 comparativement à 69,1 en 1992-1993 et 67,7 en 1987) *(Payette, 2001; Chapitre 18)*.

La proportion des québécois de tout âge vivant en ménage privé avec des limitations d'activité est de 9 %. En comparaison, cette proportion est de 20,3 % chez les personnes de 65-74 ans et de 26,7 % chez les personnes de 75 ans et plus *(Wilkins, 2000)*.

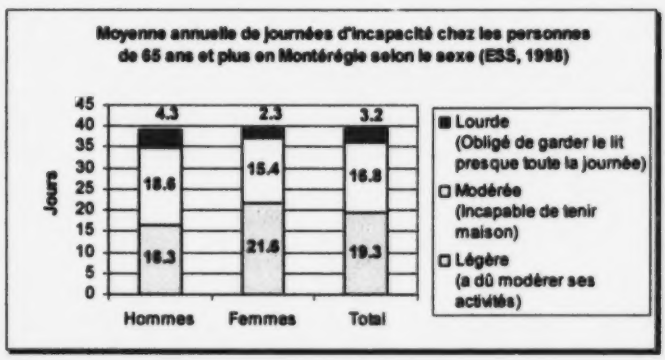

Figure 18

La moyenne annuelle de journées d'incapacité chez les personnes de 65 ans et plus

en Montérégie est de 39,3 jours. La répartition des journées d'incapacité est la suivante : 3,2 jours d'incapacité lourde; 16,8 jours d'incapacité modérée et 19,3 jours d'incapacité légère *(Payette 2001; Chapitre 18)*.

Au Québec, la moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne (en ménage privé) est de 27,9 chez les 65-74 ans (29,0 chez les hommes et 26,9 chez les femmes) et de 41,3 chez les 75 ans et plus. Les femmes de 75 ans et plus ont un nombre supérieur de journées d'incapacité comparativement aux hommes du même âge (34,5 chez les hommes et 45,0 chez les femmes) *(Wilkins, 2000)*.

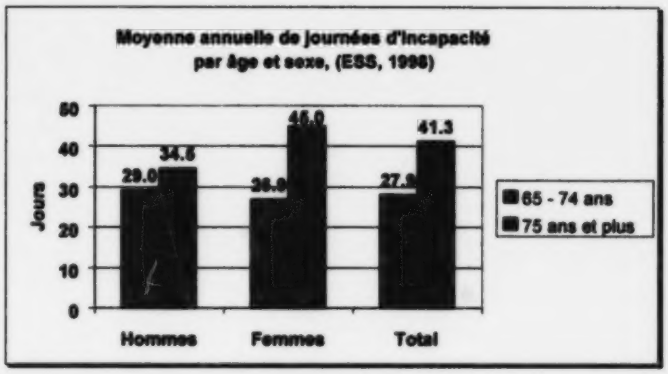

Figure 19

3. LES INTERVENTIONS PROPOSÉES

Ce qui importe, ce n'est pas d'ajouter des années à la vie, mais de la vie aux années.

Alexis Carrel (XX[e] siècle) [1]

Tous reconnaissent qu'il vaut mieux prévenir que guérir. C'est pourquoi il est important d'agir en amont des problèmes de santé et de bien-être, y compris chez les aînés. En effet, le potentiel d'adaptation et la capacité de changement demeurent importants en vieillissant; ces potentiels pouvant être actualisés par des approches appropriées. La promotion-prévention est possible et souhaitable à tout âge et ce, quel que soit le milieu de vie.

La continuité des soins et des interventions en promotion-prévention, de même que le partenariat entre les différents intervenants impliqués (CLSC, organismes communautaires, résidences privées, municipalités, régie régionale de la santé et des services sociaux, etc.) sont des conditions de succès pour améliorer la santé, la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées.

3.1 LES AXES D'INTERVENTION ET LES ACTIONS PROPOSÉES

Les stratégies d'intervention adoptées dans ce cadre de référence vont dans le sens de celles proposées dans la *Politique de santé et bien-être (1992)*. Elles visent les déterminants de la santé : la biologie humaine et le patrimoine génétique, les comportements individuels, l'environnement social, l'environnement physique et le système de soins (voir la description des déterminants à l'Annexe 1).

Les stratégies d'intervention en promotion de la santé et du bien-être et en prévention proposées auprès des personnes âgées sont :

- le renforcement du potentiel des personnes âgées;
- le renforcement de l'environnement social des personnes âgées;
- l'adaptation de l'environnement physique aux besoins des personnes âgées;
- l'adaptation des services sociosanitaires aux besoins des personnes âgées.

Des objectifs relatifs à ces quatre stratégies d'intervention sont présentés pour chaque axe d'intervention proposé ci-dessous. Soulignons par ailleurs, que des précisions en ce qui

concerne le rôle de la santé publique au niveau de l'organisation des services sociosanitaires sont à venir dans le cadre du *Programme national de santé publique*[4].

Les méthodes utilisées en promotion de la santé et du bien-être et en prévention sont les suivantes : l'éducation sanitaire, l'éducation des intervenants, les pratiques préventives cliniques, le développement des communautés, la communication, le marketing social, l'action politique et le changement organisationnel (*Lebeau, Sirois et Viens, 1996*). Ces méthodes sont définies dans l'Annexe 1.

3.2 LES AXES D'INTERVENTION

Le chapitre *Les défis d'un bien-vieillir* présentait plus de vingt problèmes de santé physique, problèmes psychosociaux ou habitudes de vie à améliorer. Dans cette section, des axes d'intervention et des interventions efficaces ou prometteuses qui leur sont associées sont proposés. Pour chaque axe d'intervention, les cibles à réaliser en fonction des quatre stratégies d'intervention mentionnées précédemment ainsi qu'une brève description des interventions jugées efficaces ou prometteuses sont présentées.

Le *Programme national de santé publique (PNSP)* dont la parution est prévue prochainement guidera les directions de santé publique et leurs partenaires dans l'identification de cibles d'intervention à déployer systématiquement dans toutes les régions du Québec (plate-forme commune) et proposera des cibles d'intervention en santé publique, sans toutefois qu'elles soient prescriptives (plate-forme de base). En attendant la diffusion du *PNSP*, le présent cadre de référence présente une réflexion sur les défis que pose le vieillissement de la population montérégienne; il met aussi de l'avant des actions regroupées sous certains axes d'intervention.

Ces axes d'intervention sont les suivants :

- conditions de vie (revenu, logement, transport);
- pratique de l'activité physique;
- utilisation judicieuse des médicaments;
- saine nutrition;
- isolement social et manque de reconnaissance des rôles sociaux;

---

[4] *Le* Programme national de santé publique *définit huit fonctions essentielles de santé publique dont quatre fonctions spécifiques et quatre fonctions de soutien. Les fonctions spécifiques comprennent : 1) la surveillance et l'analyse de l'état de santé de la population; 2) la protection de la santé et le contrôle des risques et des maladies, 3) la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et 4) la promotion de la santé et du bien-être.*

Les quatre fonctions de soutien sont : 5) l'appréciation des effets du système de soins et des services sociaux et de santé sur la santé et le bien-être, 6) les réglementations, 7) les législations et les politiques publiques ayant un impact sur la santé et le bien-être et 8) la recherche et l'évaluation ainsi que le développement et le maintien des compétences. Les quatre fonctions de soutien ne sont pas exclusives à la santé publique et ont fait l'objet d'un consensus à l'exception de la fonction 5.

- aidants familiaux;
- abus, négligence et violence;
- détresse psychologique et dépression;
- suicide;
- chutes;
- maladies évitables par l'immunisation;
- capacités fonctionnelles.

AXE D'INTERVENTION : *Améliorer les conditions de vie des personnes âgées*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Améliorer les connaissances des personnes âgées sur les programmes gouvernementaux et les services permettant d'améliorer leurs conditions de vie (revenu, logement et transport). • Favoriser l'exercice de leur propre contrôle sur leurs conditions de vie.	• Sensibiliser les décideurs politiques aux conséquences du vieillissement et à la nécessité d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées (revenu, logement, transport). • Promouvoir des programmes intersectoriels répondant aux besoins fondamentaux (alimentation, logement, transport). • Soutenir les personnes âgées dans leurs démarches reliées à l'amélioration de leurs conditions de vie (revenu, logement et transport). • Soutenir l'action politique des groupes de défense des droits des personnes âgées.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Adapter le plan d'aménagement du territoire en fonction des besoins de logement et de transport des personnes âgées. • Accroître le parc de logements de qualité, adaptés aux besoins des personnes âgées et accessibles à des coûts abordables. • Améliorer les services de transport en commun, de transport adapté et de transport alternatif (transport-accompagnement, taxi-bus, etc.)	• Améliorer les connaissances des intervenants sur les programmes gouvernementaux et les services permettant d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées.

Améliorer les conditions de vie des personnes âgées

La mobilisation de nombreux partenaires intervenant dans les domaines de la santé, de la sécurité du revenu, de l'habitation et du transport est indispensable à l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées. Les groupes de défense des droits des aînés sont des acteurs clés en ce sens. La contribution des municipalités est particulièrement souhaitable pour améliorer l'offre de logements et de services de transport adaptés aux besoins des aînés. L'adaptation des milieux de vie permettant de maintenir l'autonomie des aînés, la diffusion d'information sur les différents programmes et services disponibles et la défense des droits des aînés sont les principales interventions à privilégier.

En matière de revenu, une meilleure préparation à la retraite est importante pour compléter les revenus provenant des programmes gouvernementaux *(Conseil des aînés, 2001)*. Une bonne connaissance des programmes de subventions, d'allocations et de crédit d'impôt destinés aux personnes âgées contribuent également à l'amélioration de leur condition économique.

Quant au logement, la diversité des ressources résidentielles disponibles et les différents programmes gouvernementaux spécifiques reflètent la diversité des besoins des personnes âgées. Parmi les programmes existants et les actions prometteuses, mentionnons :

- les logements sociaux tels les HLM, les OSBL d'habitation et les coopératives d'habitation;
- le programme d'allocation-logement pour les personnes de 55 ans et plus à faible revenu ainsi que le programme de supplément au loyer pour les personnes à faible revenu de la SHQ (*SHQ, 2002*);
- le programme de logement adapté pour aînés autonomes de la SHQ (*SHQ, 2002*);
- le programme de crédit d'impôt relatif au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie pour les personnes de 70 ans et plus (*Ministère du Revenu, 2001*);
- l'accréditation des résidences privées par les CLSC et les municipalités (*Viens, 2000*);
- la maison intergénérationnelle et le pavillon-jardin permettant la cohabitation d'un parent;
- le programme d'habitations partagées permettant de réduire les frais de loyer et de favoriser la solidarité intergénérationnelle *(Millette, 1999)*;

Sur le plan du transport, les actions permettant d'améliorer l'offre de services de transport répondant aux besoins des personnes âgées comprennent :

- l'accroissement des services de transport en commun et l'ajustement de ces services au vieillissement de la population (*Vézina et Pelletier, 1993*);
- l'amélioration des services de transport adapté *(Coalition pour le maintien dans la communauté - Montréal et alentours, 2001; Ministère des transports, 2001)*;
- l'accroissement des services d'accompagnement-transport, particulièrement pour les activités de promotion-prévention (accès aux aliments, socialisation, etc.) *(Coalition pour le maintien dans la communauté - Montréal et alentours, 1998 & 1999)*;
- le développement de services de transport collectif alternatif (taxi-bus, covoiturage, intégration des modes de transport locaux, etc.) *(CRDM, 2000)*.

AXE D'INTERVENTION : *Réduire le taux de sédentarité chez les personnes âgées*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Améliorer les connaissances quant aux bienfaits de la pratique régulière de l'activité physique. • Modifier les attitudes et les comportements pour favoriser la pratique régulière de l'activité physique.	• Assurer l'accès et le développement des programmes visant la pratique régulière de l'activité physique. • Promouvoir les programmes d'activité physique offerts et les installations disponibles.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Assurer un transport adéquat pour favoriser l'accès aux installations et à la programmation. • Améliorer l'accès et le développement d'environnements sécuritaires favorisant la pratique régulière de l'activité physique.	• Améliorer l'accessibilité et la qualité du counselling préventif quant à l'activité physique. • Sensibiliser les intervenants quant aux bienfaits de l'activité physique et aux services existants.

Réduire le taux de sédentarité chez les personnes âgées

Il est maintenant reconnu que toute activité physique, même légère ou modérée pratiquée régulièrement procure des bienfaits sur le plan de la santé et ce, quel que soit l'âge ou le sexe. Les interventions jugées efficaces ou prometteuses pour favoriser la pratique de l'activité physique chez les aînés sont les suivantes :

- *Le programme Viactive de Kino-Québec.* Ce programme vise à sensibiliser et à initier les personnes âgées à la pratique régulière d'activités physiques, tout en les amenant à prendre en charge l'organisation et l'animation de leurs périodes d'activités physiques *(Armanville et autres,1994; Roy, 1998).*

- *Les clubs de marche.* La mise en place des clubs de marche permet aux personnes âgées, même avec des moyens financiers limités, de participer à une activité physique régulière en groupe. Ces clubs peuvent être mis en place et dirigés par des organismes communautaires, des regroupements d'aînés, des municipalités, des résidences de personnes âgées ou toute autre personne intéressée par ce type d'activité *(Blondeau et autres, 2001; Martineau, Nguyen et Gauvin, 2000).*

- *Les programmes d'activité physique régulière.* Toute activité physique pratiquée sur une base régulière, soit 30 minutes par jour à une intensité modérée ou 60 minutes par jour à intensité faible, a un effet positif sur l'état de santé global de l'individu. Ces activités peuvent être pratiquées individuellement ou en groupe et sont offertes par des organismes privés, publics ou communautaires *(Bouchard & Boisvert, 1999; Société canadienne de physiologie de l'exercice, 1998; U.S. Department of Health and Human Services, 1996).*

- *Les campagnes promotionnelles intensives dans la communauté.* Le *Task Force on community preventive services* du Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommande fortement de tenir des campagnes intensives et à grand déploiement sur la pratique de l'activité physique. On souligne que les interventions doivent posséder plusieurs composantes : messages dans les médias, groupes de soutien, conseils personnalisés pour des programmes individualisés, éducation sur les facteurs de risque, événements dans la communauté et création de pistes de marche *(CDC, 2001a).* *Kino-Québec (2000)* travaille en collaboration avec les médias régionaux (journaux, radios et télévisions communautaires) à sensibiliser la population à l'importance de la pratique régulière de l'activité physique et à informer les personnes âgées des programmes d'activité physique existants dans leur région.

- *L'aménagement d'environnements sécuritaires à la pratique de l'activité physique.* Il est reconnu que l'aménagement de lieux sécuritaires contribue positivement à l'augmentation de la pratique de l'activité physique *(Kino-Québec, 2000; U.S. Department of Health and Human Services, 1999a).*

AXE D'INTERVENTION : *Améliorer l'état nutritionnel des personnes âgées*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Améliorer les connaissances et les compétences des personnes âgées quant à l'importance d'avoir un état nutritionnel optimal pour rester en bonne santé et quant au choix des aliments, la conservation des aliments et la préparation des repas. • Informer les personnes âgées des ressources professionnelles et communautaires existantes et les inciter à les utiliser. • Améliorer la capacité des personnes âgées d'auto-évaluer leurs habitudes alimentaires et d'établir leur propre plan alimentaire.	• Améliorer les connaissances et les compétences des aidants, des bénévoles et des personnes qui offrent des services communautaires en alimentation, quant à l'importance de la nutrition, au choix des aliments, leur conservation et la préparation des repas. • Optimiser l'accès et la qualité des services communautaires en alimentation. • Améliorer les connaissances des décideurs quant à l'importance de préserver un état nutritionnel optimal chez les personnes âgées.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Assurer un transport adéquat pour avoir accès aux marchés d'alimentation, aux services communautaires en alimentation et aux services spécialisés en nutrition. • Assurer la disponibilité de marchés d'alimentation offrant des aliments de qualité, adaptés aux besoins des aînés et à un coût abordable. • Assurer l'existence de services communautaires en alimentation visant l'adoption de saines habitudes alimentaires et l'intégration sociale des aînés (popote roulante, cuisine collective, groupes d'achat, accompagnement à l'épicerie, aide à la préparation des repas). • Favoriser les services de livraison de l'épicerie à domicile.	• Favoriser le développement d'un programme visant à diminuer le risque de malnutrition (dépistage, évaluation nutritionnelle et plan de traitement et de suivi). • Favoriser la pratique systématique du counselling nutritionnel grâce à une plus grande collaboration entre les omnipraticiens et les nutritionnistes. • Favoriser le port de prothèses dentaires adéquates facilitant la mastication. • Favoriser l'accès à des services spécialisés en nutrition, en santé dentaire et en ergothérapie en CH, CLSC et CHSLD.

Améliorer l'état nutritionnel des personnes âgées

Plusieurs interventions sont susceptibles d'être efficaces ou prometteuses pour améliorer l'état nutritionnel des personnes âgées.

- *Des ateliers de nutrition* de type « Des années à savourer » élaborés et animés par un nutritionniste comprenant une série de rencontres constituées de périodes d'échange d'information, suivies d'ateliers de cuisine et de dégustation permettent de développer de nouvelles connaissances, les attitudes et les habiletés de manière à améliorer les habitudes alimentaires chez les participants. L'efficacité de ce type d'intervention a été évaluée. Une approche personnalisée, où les informations générales sont adaptées aux divers états de santé individuels, l'expertise de la personne ressource, la pertinence des sujets abordés, l'implication des participants et le soutien des pairs font partie des facteurs de succès de ce type d'activités *(Contento, 1995; Renaud, Roy et Pelletier, 1997)*.

- *La popote roulante*, soit la distribution de repas nutritifs, équilibrés et adaptés aux besoins de la clientèle, lorsque ceux-ci sont distribués cinq fois par semaine ou plus, assure un apport nutritionnel suffisant pour éviter la malnutrition chez les personnes âgées en perte d'autonomie résidant à domicile. L'évaluation nationale d'un programme américain, qui finance des repas (popotes et repas communautaires), révèle que les participants ont des apports en nutriments supérieurs à ceux qui ne participent pas. Ces repas doivent fournir de 40 à 50 % de l'apport quotidien recommandé pour la plupart des nutriments. La qualité nutritionnelle et la fréquence de livraison des repas en constituent les principaux facteurs de succès *(Association canadienne de soins et de services communautaires, 1996)*.

- *Le counselling nutritionnel individuel* est proposé *dans Le Guide canadien de médecine clinique préventive (Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994)* (recommandation de type B) comme moyen efficace d'améliorer les habitudes alimentaires de la clientèle âgée. Il est souhaitable que l'omnipraticien oriente les personnes âgées à risque de malnutrition vers un nutritionniste *(OPDQ, 1991; Patterson, 1994; Worsley, 1999)*.

- *Le dépistage de la malnutrition suivi d'une intervention nutritionnelle appropriée* fait consensus quant à sa pertinence, car il permet d'intervenir précocement. Une intervention nutritionnelle dans la communauté auprès de personnes âgées dépistées comme étant à risque de malnutrition peut améliorer leurs apports alimentaires, contrer leur perte de poids et améliorer leur état nutritionnel. Un programme d'identification des personnes à risque et la mise en place de services appropriés en nutrition sont prometteurs en ce qui concerne la diminution du risque de malnutrition *(Payette, Cyr et Gray-Donald, 1994; Payette et autres, 1997)*.

AXE D'INTERVENTION : *Favoriser une utilisation judicieuse des médicaments et diminuer les problèmes reliés au mauvais usage des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Améliorer les connaissances et modifier les attitudes et les comportements afin de favoriser un usage optimal des médicaments et une diminution de l'usage des benzodiazépines. • Promouvoir des alternatives à l'usage des benzodiazépines (activité physique, relaxation, etc.). • Améliorer la fidélité au traitement de médicaments reconnus essentiels (antihypertenseurs, etc.). • Améliorer les connaissances des personnes âgées à l'égard de la consommation sécuritaire de médicaments (ne pas prêter ou accumuler de médicaments et bien les gérer et les conserver).	• Renforcer le soutien social des personnes âgées qui vivent des pertes (deuil, divorce, retraite). • Former les aidants des personnes âgées à la bonne gestion des médicaments.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Promouvoir auprès des personnes âgées la bonne conservation de leurs médicaments et le ménage régulier de leur pharmacie domestique.	• Maintenir au minimum requis la prescription de benzodiazépines destinées aux personnes âgées. • Améliorer les pratiques de prescription (polyprescriptions, doses gériatriques, interactions, meilleur diagnostic). • Rendre accessibles les médicaments à des prix abordables. • Favoriser la participation des pharmaciens dans les équipes de soins des CLSC et des groupes de médecine de famille (GMF).

Favoriser une utilisation judicieuse des médicaments et diminuer les problèmes reliés au mauvais usage des médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques

Il y a des interventions jugées efficaces ou prometteuses en ce qui concerne une utilisation judicieuse des médicaments. En voici les principales :

- *Interventions auprès des consommateurs.* «*Les médicaments : Oui... Non... Mais !*» est un exemple de programme d'éducation pour la santé ayant une approche andragogique et s'adressant aux personnes de 55 ans et plus. Il consiste en une série de six rencontres de groupe animées par une infirmière et coanimées par un pair. Des techniques d'animation interactive sont utilisées pour favoriser la participation. Les sujets abordés touchent la préparation de la visite médicale et la visite à la pharmacie et des thèmes plus particuliers comme le sommeil, la constipation, la gestion du stress, les problèmes articulaires. On propose aux participants une meilleure prise en charge de leur santé par une saine alimentation, la pratique de l'activité physique, l'hygiène du sommeil et la gestion du stress. Plusieurs régions ont implanté le programme «*Les médicaments : Oui... Non... Mais !*» ou s'en sont inspirées pour développer un programme similaire *(Vermette, 1996)*. En Montérégie, depuis 1996, le programme a été implanté dans les 19 territoires de CLSC *(Viens & Moisan, 1999)*.

- *Interventions auprès des professionnels.* Les stratégies expérimentées pour modifier les comportements de prescription des médecins sont nombreuses. Le Service d'analyse des programmes de la RAMQ *(1999a et b)* et le Groupe Cochrane *(2001a et b)* recommandent des mesures en vue d'une utilisation optimale des médicaments : les services pharmaceutiques, les leaders d'opinion, l'échange d'information entre médecins et pharmaciens, les guides de pratique, les profils individuels de prescription et les visites personnelles aux prescripteurs. Ces dernières sont des rencontres individuelles, brèves et successives dans le but d'apporter de l'information précise sur l'utilisation de certains médicaments. Le Groupe Cochrane *(2001 b)* rapporte des effets positifs des programmes de visites personnelles aux prescripteurs sur les modifications des habitudes de prescription et ce, plus particulièrement lorsqu'ils sont combinés avec le marketing social.

- *Les mesures de contrôle.* Différentes stratégies sont utilisées ou proposées pour rationaliser l'utilisation des médicaments : comité de revue de l'utilisation des médicaments, «médicaments d'exception» qui sont couverts lorsqu'une autorisation préalable à la dispensation est obtenue de la RAMQ, «pharmacie désignée» pour les personnes ayant une consommation excessive, soins intégrés (ex : projet SIPA), modification du mode de rémunération *(RAMQ, 1999 a et b)*.

- *Fidélité au traitement.* La littérature ne favorise aucune intervention en particulier, mais soutient l'importance de combiner les aspects cognitif, comportemental et affectif pour que les interventions visant à améliorer l'observance au traitement soient efficaces *(Groupe Cochrane, 2001c)*.

En conclusion, plusieurs auteurs *(Groupe Cochrane, 2001c; RAMQ, 1999)* rappellent l'importance de jumeler plusieurs mesures d'intervention pour obtenir des modifications au niveau de la consommation des médicaments.

AXE D'INTERVENTION : *Améliorer la place qui est faite aux personnes âgées dans la société et le soutien qui leur est offert*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Développer les compétences des personnes âgées pour mieux affronter les épreuves (deuil, séparation, divorce, retraite, cloisonnement entre les générations). • Sensibiliser les personnes âgées à l'importance de leurs rôles sociaux. • Développer les compétences des personnes âgées pour prendre le contrôle de leur vie (empowerment).	• Promouvoir des programmes visant à mieux intégrer les personnes âgées (particulièrement celles qui sont plus à risque) dans la société (activités intergénérationnelles, activités socioculturelles, activités physiques, repas communautaires, entraide, etc.). • Soutenir l'action politique des regroupements qui défendent les droits des personnes âgées. • Revaloriser le rôle social des personnes âgées auprès de la population pour prévenir l'âgisme. • Soutenir les aidants familiaux.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Améliorer l'accès à un réseau de transport adapté aux besoins des personnes âgées.	• Améliorer les connaissances des intervenants quant au vieillissement normal et pathologique. • Former les intervenants qui prodiguent des soins courants pour éliminer les comportements âgistes (infantilisation, etc.). • Sensibiliser les intervenants aux ressources du milieu.

Améliorer la place qui est faite aux personnes âgées dans la société et le soutien qui leur est offert

L'isolement social survient à la suite de pertes successives, que ce soit la perte d'un être cher, la retraite, des pertes économiques ou des incapacités fonctionnelles. Ces pertes sont de plus en plus nombreuses au fur et à mesure que les gens vieillissent. Les personnes âgées doivent donc apprendre à affronter le plus sereinement possible ces épreuves, si elles veulent continuer à vivre pleinement.

Afin de briser l'isolement des personnes âgées et leur redonner le rôle qui leur revient au sein de la société, il importe de favoriser une approche d'intervention basée sur le concept d'empowerment. « L'empowerment est défini comme un processus visant à aider les personnes à maximiser leur confiance en elles, leurs compétences et leurs aptitudes afin qu'elles puissent prendre leur vie en charge et faire des choix éclairés dans leur meilleur intérêt » *(Santé Canada, 1993)*. Favoriser l'actualisation du potentiel fait partie des conditions à mettre en place pour maintenir et accroître l'autonomie des personnes âgées en les aidant à exploiter pleinement leurs capacités *(Lefrançois, 1997)*.

Les rencontres intergénérationnelles favorisent l'élimination des préjugés. Les jeunes développent une meilleure appréciation des personnes âgées et celles-ci peuvent développer un sentiment de sécurité face à la jeunesse. Ces liens peuvent contribuer à renforcer le tissu social *(Delisle et Gourd, 2000)*.

Le fait de participer à des activités d'entraide peut créer un sentiment de solidarité et donner un sens à la vie des personnes âgées. C'est aussi une occasion de faire preuve de ses capacités et de réaffirmer son intégration sociale. Au Canada, on rapporte que sur une période d'un an, 55 % des aînés fournissent de l'aide bénévole à des personnes à l'extérieur de leur propre ménage *(Hall et autres, 1998)*.

Des exemples concrets d'intervention pour briser l'isolement et améliorer l'intégration sociale des personnes âgées sont :

- la mise en œuvre d'activités intergénérationnelles permettant aux personnes âgées de jouer de nouveaux rôles sociaux et de combler leur besoin de se sentir utiles *(Grand'maison, 1996)*;
- la possibilité de se déplacer grâce à différents moyens de transport dont le transport adapté favorisant l'intégration des personnes âgées dans leur communauté;
- la formation de groupes d'entraide pour faire face à des situations difficiles, telles le décès d'un conjoint, la retraite, les problèmes de santé physique, et d'autres pouvant conduire à l'isolement et à la solitude. Ces groupes d'entraide créent des lieux propices à de nouvelles relations et de nouvelles activités tout en permettant de diminuer la détresse émotionnelle et de s'adapter aux changements de vie (*Gosselin, 2001*);
- la mise en œuvre de groupes de soutien, de cours de pré-retraite, de groupes d'action bénévole axés sur l'empowerment des personnes âgées *(Fahlberg et autres, 1991; Wallerstein, 1992)*.

AXE D'INTERVENTION : *Reconnaître la contribution des aidants familiaux et diminuer leur fardeau*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Améliorer les connaissances des aidants familiaux quant au problème de l'épuisement. • Amener les aidants familiaux à adopter des comportements préventifs à l'égard de leur propre état de santé physique et mental.	• Soutenir les aidants familiaux (groupe d'entraide, aide mutuelle). • Promouvoir un programme gouvernemental de crédit fiscal pour les aidants familiaux. • Assurer des services de surveillance-accompagnement.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Améliorer l'accès à des logements adaptés pour les familles aidantes. • Assurer le transport afin de favoriser l'accès aux services requis par l'aidé.	• Assurer un service de répit. • Assurer les conditions nécessaires au libre choix de la prise en charge d'un parent âgé en perte d'autonomie (consentement formel de l'aidant). • Informer et former les aidants familiaux, les bénévoles et les intervenants des organismes communautaires qui doivent donner des soins spécialisés. • Considérer les aidants dans l'offre de services comme partenaires et comme clients (grille de besoins des aidants). • Offrir des ateliers de sensibilisation aux aidants familiaux. • Référer les aidants aux organismes communautaires qui offrent du soutien aux aidants familiaux (groupes de soutien, entraide, café-rencontre, etc.).

Reconnaître la contribution des aidants familiaux et diminuer leur fardeau

Les solutions pour diminuer le fardeau des aidants familiaux sont de différents ordres : information et sensibilisation, groupes de soutien et d'entraide, surveillance-accompagnement, répit et dépannage.

- *Information et sensibilisation.* Les sessions de sensibilisation en groupes (comportant un nombre limité de rencontres) constituent un préalable à une action préventive, mais n'offrent qu'un effet à court terme *(Lavoie, 1995; Montgomery, 1995)*.

- *Groupes de soutien aux aidants naturels.* Ces groupes sont composés de pairs et axés sur l'aide mutuelle tant émotive que matérielle. Les buts sont de diffuser des connaissances (processus de vieillissement, évolution des maladies, problèmes de comportement, ressources communautaires disponibles, aspects légaux, etc.), de développer des habiletés et de mieux utiliser les habiletés personnelles (techniques de relaxation, techniques de résolution de problèmes, gestion des problèmes de comportement, meilleures méthodes de «coping», façons d'introduire des changements et techniques de communication). Le soutien émotif (problèmes de relation dans la famille, importance d'utiliser l'aide formelle et informelle, verbalisation, écoute, empathie et renforcement entre pairs) tient une place importante *(Ducharme, 1997)*.

  L'impact de la participation à ce type de groupe se situe au niveau des connaissances et de l'estime de soi. Les participants apprécient les rencontres qui semblent créer une atmosphère de soutien, de cohésion et de confiance. Selon Lavoie *(2000a)*, les groupes continus sont plus à même de développer une dynamique d'entraide entre les participants et d'avoir un effet à long terme.

- *Répit et dépannage.* Le répit comporte un ensemble de mesures planifiées destinées à permettre aux proches de bénéficier d'un temps de détente et de ressourcement en assurant la relève. Ces mesures préventives contribuent à diminuer la charge anormale de responsabilité occasionnée par les incapacités fonctionnelles de la personne âgée aidée. Le dépannage permet d'assurer une relève d'urgence en cas de crise *(MSSS, 2001)*.

- *Surveillance-accompagnement.* Lorsqu'une surveillance continue ou presque continue est nécessaire en raison des incapacités physiques ou cognitives des personnes âgées, des services de surveillance-accompagnement doivent être fournis pour soulager l'aidant *(MSSS, 2001)*. L'intervenant qui a la responsabilité d'une personne âgée en perte d'autonomie doit avoir une attitude positive envers les personnes âgées. C'est ce qui en fait un intervenant de confiance. En plus, cet intervenant doit posséder des connaissances de base sur les personnes âgées et les soins à leur accorder.

AXE D'INTERVENTION : *Intensifier les stratégies permettant de prévenir et de reconnaître les situations d'abus, de négligence et de violence envers les personnes âgées*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Renforcer le potentiel des personnes âgées quant à leur autonomie et l'exercice de leurs droits.	• Sensibiliser la population aux problèmes d'abus, de négligence et de violence. • Sensibiliser la population aux droits des personnes âgées. • Transmettre une image positive de la personne âgée auprès de la population. • Sensibiliser les aidants familiaux aux problèmes d'abus, de négligence et de violence. • Soutenir les aidants familiaux pour prévenir leur épuisement.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Améliorer l'accès à des logements adéquats. • Améliorer l'accès à un réseau de transport adéquat afin de favoriser l'autonomie et briser l'isolement.	• Former les intervenants qui prodiguent des soins courants auprès des personnes âgées afin d'identifier les situations d'abus, de négligence et de violence et d'initier l'intervention appropriée. • Former les intervenants qui prodiguent des soins courants auprès des personnes âgées afin d'éliminer les comportements âgistes. • Prévenir l'épuisement des intervenants qui prodiguent des soins courants auprès des personnes âgées.

Intensifier les stratégies permettant de prévenir et de reconnaître les situations d'abus, de négligence et de violence envers les personnes âgées

La complexité de la problématique de l'abus, de la négligence et de la violence envers les aînés nécessite une intervention à différents niveaux ainsi que la contribution de tous les intervenants dans une dynamique de partenariat. Des situations d'abus et de négligence peuvent être vécues par les aînés vivant à domicile ou en établissement. Les interventions proposées dans la littérature sont les suivantes :

- *Programme à volets multiples pour la prévention, l'identification des cas d'abus, de négligence et de violence et l'intervention auprès des victimes (modèle CARE).* Le programme comprend :
  - un coffre à outils (différentes grilles d'identification et plans d'intervention);
  - une équipe de soins à domicile et une équipe multidisciplinaire qui identifient les cas d'abus;
  - une équipe d'experts-conseils pour suggérer des solutions d'ordre juridique, financier ou autres;
  - des bénévoles pouvant être jumelés aux victimes pour les encourager et réduire leur isolement;
  - un groupe de soutien (d'empowerment) et d'aidants familiaux visant l'amélioration de l'estime de soi de la personne âgée et un soutien aux aidants abuseurs;
  - un conseil communautaire pour sensibiliser et engager la communauté dans la prévention et la lutte contre les abus envers les personnes âgées *(Nahmiash & Reis, 2000 et 1995; Nahmiash, 1998)*.

  L'évaluation de l'implantation du modèle CARE sur le territoire du CLSC René-Cassin à Montréal révèle que les stratégies d'interventions implantées ont entraîné un arrêt ou une diminution des mauvais traitements dans 80 % des cas (*Nahmiash & Reis, 2000*). Ce type de programme prévoit que l'identification des cas d'abus soit nécessairement jumelée à l'application d'un protocole d'intervention faisant consensus entre les partenaires concernés. Un tel protocole devrait être axé sur l'importance de la référence des cas d'abus et de violence vers les ressources appropriées (au CLSC, par exemple).

  Sur le territoire montérégien, de plus en plus d'acteurs se mobilisent et créent ce type de partenariat. Par exemple, sur les territoires des CLSC Longueuil-Est et Longueuil-Ouest, une équipe multidisciplinaire ainsi que des comités d'experts, de formation et de sensibilisation se sont formés et travaillent conjointement depuis trois ans à la prévention, à l'identification et au suivi des aînés victimes d'abus et de violence.

- *Identification des cas d'abus et des personnes à risque.* L'identification peut se faire à l'aide d'un questionnaire (lors des appels téléphoniques au CLSC). Une ligne d'écoute téléphonique (Info-abus) favorise également l'identification. Il est important de noter cependant qu'un programme d'identification ne sera utile que si un programme d'intervention multifactoriel est disponible (*CLSC René Cassin, 1993; Martel, 1997*).

- *Éducation des personnes âgées.* Les interventions doivent viser le renforcement du potentiel des personnes (empowerment) ainsi que le renforcement de leur autonomie et de leur indépendance (*Lukawiecki, 1992*).

AXE D'INTERVENTION : *Diminuer la détresse psychologique et la dépression chez les personnes âgées*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Améliorer les compétences pour mieux affronter les pertes (deuil, séparation, divorce, retraite). • Informer les personnes âgées des ressources existantes et les inciter à les utiliser.	• Augmenter la solidarité sociale pour que les gens s'entraident dans des situations difficiles. • Sensibiliser, outiller et soutenir les aidants familiaux. • Soutenir les personnes qui vivent des pertes (deuil, retraite, perte d'autonomie).
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
	• Améliorer les compétences des intervenants quant à l'évaluation et au traitement de la dépression. • Adapter les ressources existantes pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide psychologique. • Améliorer la continuité entre les diverses ressources et les services (transfert d'information, arrimage entre les services).

Diminuer la détresse psychologique et la dépression chez les personnes âgées

Actuellement, les résultats des études suggèrent qu'il est possible d'agir pour prévenir les problèmes non cliniques de santé mentale. Par contre, davantage de recherches doivent être poursuivies pour déterminer des moyens efficaces de prévenir les troubles mentaux.

En santé mentale, la promotion et la prévention visent l'atteinte et le maintien d'un état d'équilibre et de bien-être psychique chez la personne âgée. La promotion peut se faire par le biais de campagnes de sensibilisation axées sur des valeurs sociales et proposant des modèles positifs de personnes âgées (*Blanchet et autres, 1993*). La prévention peut se concrétiser par des programmes visant, par exemple, l'autonomie, l'intégration sociale, l'empowerment, le maintien de la vie active, l'activité intellectuelle et la créativité des aînés. De tels programmes existent en grand nombre, souvent sous forme de groupes de soutien et d'information (pour les endeuillés, les aidants familiaux, etc.). Ces derniers semblent avoir des impacts positifs sur la santé mentale des aînés mais mériteraient toutefois d'être évalués plus rigoureusement (*Carignan, 1992; U.S. Department of Health and Human Services, 1999b*).

De plus, des programmes pour préparer les personnes âgées à mieux affronter les épreuves de la vie (deuil, retraite, divorce des enfants, déménagement) peuvent contribuer à prévenir la détresse psychologique et ainsi tenter de diminuer les taux de dépression et potentiellement de suicide. Ces programmes peuvent être présentés lors de cours de préparation à la retraite ou offerts à des groupes de personnes âgées vivant des situations difficiles. Ils comprennent des rencontres de groupe, des rencontres individuelles ou un suivi téléphonique *(Martel, à paraître)*.

La dépression chez les aînés est souvent sous-diagnostiquée. Son traitement comporte habituellement plusieurs stratégies, tout en nécessitant une approche multidimensionnelle (médicale et psychosociale) (*Hottin et Carrier, 1997*). En ce qui concerne le traitement de la dépression chez les personnes âgées, les médicaments antidépresseurs ont une efficacité similaire à celle observée dans la population en général, soit 60 % (*Martel, à paraître*). Cependant, lorsque la dépression est présente depuis plusieurs années, il faut être prêt à traiter la personne âgée plus longtemps pour obtenir une rémission des symptômes. Dans ces cas, l'observance au traitement pharmacologique devient un enjeu important. Il existe des échelles pour identifier et caractériser la dépression gériatrique qui peuvent aider les médecins à diagnostiquer la dépression chez les personnes âgées et, par conséquent, permettre de mieux la traiter. Ces échelles pourraient faire l'objet d'une formation destinée aux médecins omnipraticiens.

AXE D'INTERVENTION : *Prévenir le suicide chez les personnes âgées*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Informer les personnes âgées des ressources existantes et les inciter à les utiliser.	• Modifier les attitudes sociales face au suicide des personnes âgées. • Augmenter la solidarité sociale pour que les gens s'entraident dans des situations difficiles. • Sensibiliser, outiller et soutenir les aidants familiaux. • Soutenir les personnes qui vivent des pertes (deuil, retraite, perte d'autonomie). • Former et soutenir les « sentinelles » (facteurs, coiffeurs, etc.) entourant les personnes âgées.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Limiter l'accès aux moyens (médicaments, armes à feu).	• Améliorer les compétences des intervenants quant à l'évaluation et au traitement de la dépression et des comportements suicidaires. • Adapter les ressources existantes pour personnes suicidaires aux besoins particuliers des personnes âgées. • Améliorer la continuité entre les diverses ressources et les services (transfert d'information, arrimage entre les services).

Prévenir le suicide chez les personnes âgées

Nous vivons dans une société généralement tolérante à l'égard du suicide d'une personne âgée, alors qu'elle refuse celui d'une personne jeune (*Mishara & Riedel, 1994*). Des programmes de sensibilisation et d'information sur l'âgisme (*Champagne et autres*, 1992) et sur la banalisation du suicide (MSSS, *1998b*) peuvent contribuer à modifier cette attitude. Cette attitude âgiste, parfois endossée par les aînés eux-mêmes, peut avoir pour effet d'augmenter le risque de suicide dans ce groupe d'âge (*MSSS, 1998b*).

L'entraînement de sentinelles (personnes qui de par leurs fonctions côtoient les personnes âgées, par exemple, les coiffeurs et les facteurs) de même que l'information et le soutien des aidants familiaux favorisent l'identification de personnes qui vivent de la détresse ou qui présentent des signes de dépression. Ces mesures permettent également l'intervention précoce et le soutien social. Ce type d'intervention est recommandé par le Groupe d'étude sur le suicide au Canada (*Santé et bien-être social Canada, 1994)* et par la Stratégie québécoise d'action face au suicide (*MSSS, 1998b*). Les programmes d'accompagnement des veufs, tels que développés par *Suicide-Action Montréal*, aident les veufs âgés à vivre leur deuil et ainsi, à prévenir le suicide chez ce groupe à risque (*Dyck, Mishara et White, 1998*).

La prévention du suicide passe également par la sensibilisation des intervenants, des professionnels et des médecins de famille à un meilleur diagnostic de la dépression, à l'évaluation des risques suicidaires et à la référence vers des ressources complémentaires. Une formation adéquate des professionnels pour de meilleurs diagnostics et traitements de la dépression chez les personnes âgées ainsi que l'évaluation médicale systématique du risque suicidaire chez les patients à risque peuvent contribuer à diminuer le taux de suicide (*Caine, Lyness & Conwell, 1996; Conseil médical du Québec, 2001; Rihmer, Reitz et Pihlgren, 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1999b*). À cet effet, un projet-pilote de prévention du suicide s'adressant aux médecins omnipraticiens (PPS-MD) est actuellement en cours d'implantation en Montérégie (*Préville et autres, 2000b*). Ce programme a pour objectif d'améliorer la capacité des médecins à identifier, évaluer, traiter et référer au besoin les patients qui présentent des idéations suicidaires sérieuses, dont des personnes âgées. Ce programme vise également un travail de collaboration entre les médecins et les autres ressources du milieu. Un guide des ressources pour les personnes à risque de suicide pourrait également être utile aux intervenants.

Pour tous les groupes d'âge dans la population, les mesures préventives visant à réduire l'accès et à minimiser les risques associés aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours se sont révélées positives en matière de prévention du suicide (*MSSS, 1998b*).

AXE D'INTERVENTION : *Diminuer les blessures et les décès causés par les chutes*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Sensibiliser les personnes âgées aux différents facteurs de risque reliés aux chutes (médicaments, alcool, équilibre, environnement, etc.). • Amener les personnes âgées à pratiquer régulièrement des activités physiques, adaptées à leurs besoins, visant le maintien de leur force et de leur équilibre. • Susciter l'adoption de comportements sécuritaires pour éviter les chutes.	• Rendre accessibles des programmes d'activité physique et des installations de sport et de loisirs adaptés aux besoins des personnes âgées.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Aménager de façon sécuritaire le domicile et les infrastructures municipales afin de diminuer les risques de chutes (escalier, éclairage, tapis, trottoirs, etc.).	• Assurer le suivi d'implantation du *Guide de prévention des chutes en établissement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. • Former les intervenants sur les approches multifactorielles préconisées pour prévenir les chutes des personnes âgées (à risque) vivant à domicile. • Sensibiliser les médecins et les pharmaciens aux dangers accrus de chutes associés à l'utilisation de médicaments par les personnes âgées.

Diminuer les blessures et les décès par les chutes

Les interventions préconisées pour la prévention des chutes sont différentes selon le niveau d'autonomie des personnes âgées et leur milieu de vie.

- *Pour les personnes âgées autonomes vivant à domicile.* Le Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) est une intervention populationnelle qui vise à réduire les trois facteurs de risque de chutes suivants : l'altération de l'équilibre, les dangers dans l'environnement résidentiel et les comportements non sécuritaires. Il a pour but d'augmenter l'équilibre et la force physique des aînés autonomes. Il peut être offert par des intervenants de CLSC ou du milieu communautaire. Ce programme comporte deux sessions d'exercice par semaine accompagnées de capsules d'information pour une durée de 10 semaines. Les résultats d'une étude réalisée sur un nombre limité d'aînés s'avèrent prometteurs et un projet d'évaluation de plus grande envergure est actuellement en cours à la Direction de santé publique de Montréal-Centre *(Trickey et autres, 1999)*.

- *Pour les personnes âgées en perte d'autonomie.* Pour être efficaces, les interventions de prévention des chutes auprès des personnes âgées plus à risque se doivent d'être multifactorielles et adaptées à leurs besoins particuliers. L'efficacité de certains programmes de prévention des chutes a été reconnue dans la littérature américaine. Ces programmes ont cependant la particularité d'être intensifs, multifactoriels et destinés à des clientèles à risque. À titre d'exemple, l'un d'entre eux, un programme personnalisé de visites à domicile, comporte l'ensemble des points suivants : ajustement des médicaments, adaptation du domicile, recommandations pour modifier les comportements et un programme d'exercices physiques (*King & Tinetti, 1996; Province et autres, 1995; Rizzo et autres, 1996; Schaefer, 2000; Tinetti et autres, 1994; Tinetti, McAvay & Claus, 1996)*.

- *Pour les personnes âgées vivant en établissement.* Au Québec, *un Guide de prévention des chutes en centre d'hébergement et de soins de longue durée* a été diffusé en 1995 (*Gagnon, Roy & Tremblay, 1995*). Ce guide propose aux intervenants un instrument de dépistage des personnes à risque, un plan de soins standard pour toutes les personnes à risque de chutes, des plans de soins individualisés selon la nature du risque, un instrument d'évaluation de la sécurité de l'environnement, un instrument d'analyse d'une chute et un tableau synthèse de la problématique des chutes chez une personne. Jusqu'à maintenant, peu d'établissements utilisent ce guide. Par ailleurs, l'efficacité de ces outils et de la démarche n'a toujours pas été évaluée.

AXE D'INTERVENTION: *Améliorer la couverture vaccinale contre l'influenza et le pneumocoque chez les personnes âgées de 65 ans et plus*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Améliorer les connaissances des personnes âgées quant à l'utilité de la vaccination pour prévenir la grippe et l'infection à pneumocoque et réduire leurs effets. • Faire connaître à la population âgée de 65 ans et plus l'existence des programmes gratuits d'immunisation contre les infections. • Améliorer les connaissances des personnes âgées quant à l'importance d'adopter des mesures d'hygiène pour prévenir la transmission de l'influenza.	
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Améliorer l'accès au transport pour favoriser le recours à la vaccination.	• Assurer l'accès à la vaccination en CH, CLSC, CHSLD, en cabinets privés ainsi que dans les milieux de vie des personnes âgées vivant dans la communauté. • Sensibiliser les intervenants à l'importance de recommander la vaccination pour les personnes âgées. • Sensibiliser les intervenants qui prodiguent des soins courants auprès des personnes âgées quant à l'importance de se faire vacciner contre l'influenza et d'adopter des mesures d'hygiène pour prévenir la transmission de l'influenza. • Assurer la continuité du programme de vaccination contre le pneumocoque.

Améliorer la couverture vaccinale contre l'influenza et le pneumocoque chez les personnes âgées de 65 ans et plus

- *Programme de vaccination contre l'influenza*. La vaccination annuelle contre l'influenza des personnes à risque élevé, avant la saison grippale, constitue actuellement le meilleur moyen de réduire les effets de la grippe. En 2000-2001, la couverture vaccinale chez les 65 ans et plus était de 81 % pour les personnes vivant en institution et 58 % pour celles vivant à domicile.

  Tout en ne conférant pas une protection associée et complète, la vaccination permet de prévenir de 50 à 60 % des hospitalisations et des pneumonies et jusqu'à 85 % des décès associés à la grippe chez les personnes âgées vivant à domicile *(MSSS, 1997)*.

  En ce qui concerne les personnes âgées qui vivent en milieu fermé (CHSLD), on doit viser la sensibilisation des professionnels de la santé à l'importance non seulement de se faire vacciner eux-mêmes, mais également d'offrir le vaccin aux personnes âgées *(Comité consultatif national de l'immunisation, 2000)*. Il est recommandé de mettre l'accent sur l'immunisation tant des personnes à risque élevé de complications liées à la grippe, que de celles qui sont susceptibles de leur transmettre la grippe et de celles qui leur assurent des services communautaires essentiels.

- *Programme de vaccination contre le pneumocoque*. Un vaccin sécuritaire et efficace contre le pneumocoque est disponible au Canada depuis 1978. Un programme provincial de vaccination contre le pneumocoque a été lancé en 1999. Il a visé tout d'abord les malades chroniques à risque d'infections invasives à pneumocoque, pour cibler ensuite toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus à compter d'avril 2000 (*MSSS, 1999*). Les données préliminaires relatives à l'évaluation du programme montrent que la couverture vaccinale reste encore très faible et que la population visée n'est pas rejointe de manière optimale *(Guay, 2000)*. En Montérégie, en 2000-2001, 24 709 personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile (17,5 % de la population) et 907 personnes vivant en CHSLD (17 % de la population) avaient été vaccinées. Chez les personnes immunocompétentes, le vaccin prévient dans plus de 80 % des cas les infections invasives causées par le pneumocoque, principalement celles qui sont associées à une bactériémie.

La littérature suggère que la délégation de la vaccination *(CDC, 1999; Monto & Thacker, 1999; Task Force on Community Preventive Services, 2000)* et l'enregistrement de la vaccination dans un registre *(CDC, 2000b & 2001b; Division de l'immunisation, 1998; Progestic, 1995; Robbins et Freeman, 1998; Watson et autres, 1997; Wood et autres, 1999)* sont des interventions qui permettent d'améliorer les couvertures vaccinales.

AXE D'INTERVENTION : *Prévenir ou compenser les pertes de capacité fonctionnelle*

Renforcement du potentiel des personnes âgées	Renforcement de l'environnement social
• Favoriser l'adoption d'habitudes de vie contribuant à préserver les capacités fonctionnelles. • Améliorer les connaissances des personnes âgées sur leur(s) problème(s) de santé. • Améliorer les connaissances des personnes âgées et leurs aidants sur la disponibilité et l'utilisation des services, appareils, traitements et prothèses disponibles.	• Sensibiliser la population à l'importance de la tolérance à l'égard des personnes âgées vivant des incapacités fonctionnelles. • Améliorer les connaissances et les compétences des familles et des aidants des personnes âgées ayant des problèmes chroniques de santé.
Adaptation de l'environnement physique	**Adaptation des services sociosanitaires**
• Adapter l'environnement physique aux besoins particuliers des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles.	• Augmenter les connaissances des intervenants en ce qui concerne la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies du troisième âge. • Former les intervenants afin d'améliorer leur approche auprès de leur clientèle âgée. • Assurer un continuum de services pour les personnes âgées en perte de capacité fonctionnelle. • Implanter des cliniques d'aide à la cessation du tabagisme. • Assurer des services de transport médical pour les besoins de traitement récurrent (cancer, hémodialyse, etc.).

Prévenir ou compenser les pertes de capacité fonctionnelle

L'autonomie consiste en la capacité d'une personne de répondre par elle-même à ses besoins fondamentaux. Si cette capacité fonctionnelle est réduite, la personne doit pouvoir compter sur des ressources extérieures, comme la famille, l'entourage ou des services professionnels.

- *La réorganisation de services sociosanitaires.* La formation des professionnels de la santé en gérontologie et la pratique gériatrique sont des conditions susceptibles de conduire à un meilleur traitement des personnes âgées faisant face à une diminution de leurs capacités fonctionnelles. Le rapport de la *Commission Clair (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000)* et les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (MSSS, 2001)* font état de propositions visant l'accessibilité et la continuité des services de santé aux personnes âgées en perte d'autonomie. Des réseaux de soins intégrés pour les personnes âgées et les personnes avec des maladies chroniques, des services de soutien à domicile suffisants et adaptés font partie de la gamme de services requis par la population âgée en perte d'autonomie.

- *Le dépistage des incapacités fonctionnelles.* Des tests de dépistage systématiques pour les personnes âgées sont proposés par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique *(1994)* dans le *Guide canadien de médecine clinique préventive* pour les personnes âgées.

- *Le traitement et la réadaptation des incapacités fonctionnelles.* Différents appareils, traitements et orthèses tels que lunettes, chirurgie pour cataractes, prothèses auditives, prothèses dentaires, appareils pour augmenter le volume du téléphone et du téléviseur permettent aux personnes âgées de demeurer fonctionnelles malgré leurs incapacités. L'accès à ces aides de même que la dispensation de services professionnels et communautaires peuvent prévenir ou restaurer les incapacités.

- *Les programmes de répit, de soutien et d'entraide à l'intention des aidants familiaux.* Ces programmes permettent aux personnes âgées en perte d'autonomie de continuer à vivre dans leur milieu naturel plus longtemps en prévenant l'épuisement des aidants familiaux et par conséquent l'institutionnalisation des personnes âgées *(MAS, 1985; MSSS, 2001).*

- *La prévention, le dépistage et le traitement des maladies chroniques.* De nombreux programmes d'interventions multifactorielles visant les facteurs de risque ont démontré leur efficacité pour diminuer l'incidence de maladies chroniques. Le dépistage précoce et le traitement de certains problèmes de santé peut conduire à un meilleur prognostic.

3.3 LES STRATÉGIES D'ACTION PROPOSÉES

Les méthodes d'intervention préconisées pour les stratégies d'action sont nombreuses et variées. Le tableau synthèse ci-dessous illustre les méthodes d'intervention proposées pour les différents domaines d'intervention retenus.

Méthodes d'intervention / Axe d'intervention	Éducation sanitaire	Éducation des intervenants	Pratiques préventives	Développement des communautés	Communication	Marketing social	Action politique	Changement organisationnel
Conditions de vie				✓			✓	
Soutien social et intégration à la vie sociale	✓			✓		✓	✓	
Aidants familiaux	✓			✓		✓		✓
Abus et négligence	✓	✓		✓		✓	✓	
Détresse psychologique et dépression	✓	✓	✓	✓		✓		✓
Suicide	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Sédentarité	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Médicaments	✓	✓		✓				
Nutrition	✓	✓	✓	✓				
Maladies évitables par l'immunisation	✓	✓	✓		✓			✓
Chutes	✓	✓						✓
Pertes de capacité fonctionnelle	✓	✓	✓	✓				✓

Ce tableau permet de constater que la promotion de la santé et du bien-être et la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux chez les personnes âgées prennent plusieurs formes et que certaines méthodes sont utilisées dans presque tous les axes d'intervention. On pense à l'éducation sanitaire, la formation des intervenants et le développement des communautés, par exemple, qui sont préconisés pour la quasi totalité des axes d'intervention. Ce tableau nous permet également de constater que les stratégies d'action sont nombreuses pour chaque axe d'intervention, ce qui va dans le sens d'une approche multifactorielle.

Rappelons qu'afin de maximiser les chances d'agir efficacement, il est recommandé que les programmes de promotion-prévention :

- déploient plusieurs méthodes d'intervention, souvent de façon simultanée;
- agissent de façon continue, intense, stable et durable;
- offrent des activités bien structurées, mais adaptées aux réalités du milieu.

En conclusion, rappelons que bien que les méthodes d'intervention proposées pour chacun des défis reliés au bien vieillir apparaissent dans le cadre de référence tour à tour dans des sections distinctes. Il est clair que ces interventions devront se faire concurremment, en complémentarité, de façon concertée et intégrée. C'est la réalisation du plus grand nombre possible de ces interventions reliées aux différentes problématiques qui conduira à l'amélioration du bien-être de l'ensemble de la population âgée du territoire.

4. LA MISE EN PLACE D'UNE PROGRAMMATION RÉGIONALE

Dire « oui » à la vieillesse, c'est accéder à la plénitude de la maturité.

Graf Durkheim (XX^e siècle)[1]

4.1 MISE EN CONTEXTE

La publication prochaine du *Programme national de santé publique* et son actualisation en Montérégie auront un impact sur les modalités de développement et de mise en place du plan d'action régional et des plans d'action locaux en santé publique prévus par la Loi[5]. Ces derniers comprendront la programmation en santé publique pour toutes les clientèles-cibles dont les personnes âgées. En effet, nous devrons considérer, d'une part, les investissements déjà consentis en promotion-prévention pour les aînés, les structures en place et les actions en cours de réalisation à la lumière du contenu proposé dans le *Programme national de santé publique 2002-2012* et, d'autre part, toutes les orientations ministérielles relatives aux personnes âgées autonomes ou en perte d'autonomie.

Historiquement, le réseau des CLSC a réalisé de nombreuses interventions de promotion de la santé et de prévention à l'intention des personnes âgées. Un inventaire des projets mis de l'avant par les CLSC a été réalisé au cours de l'année 1997. Ces derniers sont colligés dans le document intitulé *Bilan des activités de promotion-prévention en santé publique dans les CLSC de la Montérégie (RRSSSM, 1998)*. Les informations fournies par le bilan résument les ressources consenties annuellement par les CLSC de la région à ce type de projets.

De plus, au cours des cinq dernières années, un budget régional récurrent a été affecté par le conseil d'administration de la Régie régionale à des activités de promotion de la santé et de prévention à réaliser auprès des aînés; ce budget a permis de financer quelque 70 projets à la suite de deux appels de projets effectués en 1994-1995 et 1995-1996. Cette décision d'investir en promotion-prévention était prise en cohérence avec les travaux du *PROS-PA* adopté en mars 1996 et avec l'objectif 18 de la *Politique de la santé et du bien-être (1992)*, soit « éliminer les obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées ». Les

[5] *La Loi de santé publique (2001) stipule que le PNSP qui encadre les activités de santé publique aux niveaux national, régional et local doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne :*

1° *La surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants ;*

2° *La prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et le bien-être de la population ;*

3° *La promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ;*

4° *La protection de la santé de la population et les activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction. (Chapitre II, article 8)*

différents projets ainsi financés peuvent être classés en deux grandes catégories selon l'envergure de leur déploiement territorial : une première comprend des projets d'envergure régionale en l'occurrence des projets de soutien aux aidants familiaux et des projets de bon usage des médicaments; une seconde catégorie regroupe les projets d'envergure locale ou sous-régionale qui visent des problématiques tels l'isolement, les chutes, la sédentarité, la santé mentale, la nutrition, l'abus, la négligence et la violence, la santé bucco-dentaire (*Forcier, 2000*).

Parmi ces projets, plusieurs paraissent prometteurs et contribuent vraisemblablement à permettre aux aînés de préserver leur autonomie fonctionnelle, de participer à la vie collective et de demeurer citoyens à part entière. Par ailleurs, il faut signaler que la Régie régionale finance, via le programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) des organismes communautaires qui interviennent en promotion de la santé et en prévention. Toutefois, un portrait global des actions en ce domaine pour les personnes âgées de la Montérégie reste à faire.

Dans une perspective de continuité, nous prévoyons que les axes d'intervention proposés dans le présent cadre de référence s'actualiseront dans l'avenir à travers le plan régional de santé publique et les plans locaux à mettre en œuvre. Les orientations suivantes sont à retenir :

- développement, maintien ou consolidation des interventions en lien avec les orientations nationales (*PNSP 2002-2012, Orientations ministérielles pour les personnes âgées en perte d'autonomie, Politique de la santé et du bien-être 2002-2012, etc.*);
- poursuite du développement des projets prometteurs déjà en cours en Montérégie.

4.2 LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À UNE PROGRAMMATION RÉGIONALE

La rédaction du cadre de référence et la consultation des intervenants de la région sur ce dernier ne constituent qu'une première étape d'une programmation montérégienne. Ce cadre se veut un document de réflexion et d'orientation. Le plan régional de santé publique qui sera élaboré bientôt par la Direction de la santé publique (en concertation avec ses partenaires) et les plans locaux qui seront produits par les CLSC actualiseront les orientations que la région se sera donnée en matière de promotion, prévention, protection et surveillance pour les personnes âgées du territoire.

En ce qui concerne les modalités de la programmation régionale en santé publique, mentionnons qu'il apparaît essentiel de prévoir et d'assurer une coordination régionale. Il faut réaliser que le domaine de la promotion-prévention chez les personnes âgées est relativement peu développé comparativement aux programmes pour d'autres groupes d'âge, tels la petite enfance et les jeunes. En effet, à l'égard de la population âgée de 65 ans et plus, les politiques de santé tendent à mettre l'accent sur les services curatifs, la réadaptation et l'hébergement plutôt que sur des actions en promotion de la santé et en prévention. Par conséquent, une fois retenue la pertinence d'agir en amont des problèmes sociosanitaires dans la population des aînés, une vision commune et partagée par les

divers acteurs impliqués facilitera grandement la poursuite du développement, de la consolidation des programmes et de l'intégration des interventions réalisées et à réaliser indépendamment des sources de financement.

Par ailleurs, pour mettre de l'avant cette coordination régionale, il est important de maintenir une équipe d'expertise en ce domaine. C'est pourquoi, au cours des derniers mois, lors de la réorganisation de la Direction de la santé publique (DSPPÉ) sur la base de programmes clientèles par groupes d'âge (Petite enfance, Jeunesse, Adultes et Personnes âgées) et dans la foulée des travaux liés à l'élaboration *du Programme national de santé publique* et du *Cadre de référence*, une telle équipe a été constituée au sein de la DSPPÉ.

En plus de la coordination régionale des expertises disponibles à la DSPPÉ avec celles disponibles sur le territoire, on devra mettre en place un mécanisme de communication pour assurer un partage des savoirs en promotion et prévention. Des liens de communication devront s'établir entre les gestionnaires et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, les regroupements d'aînés, les organismes communautaires, les bénévoles qui interviennent dans le champ de la promotion et de la prévention et la population âgée. Cette communication devra également interpeller les acteurs des autres secteurs tels les municipalités, les ministères du Revenu et du Transport, etc. Afin de réaliser la concertation requise, la communication devra également être assurée avec les instances régionales et ministérielles susceptibles de contribuer notamment à l'amélioration des conditions de vie et ultimement au bien-être des personnes âgées.

Pour s'assurer d'une mise en œuvre efficace et efficiente de la programmation, on devra se préoccuper que soient en place et fonctionnels :

- un système de surveillance approprié;
- une revue de programmation s'appuyant sur un suivi de gestion de qualité;
- une fonction évaluative bénéficiant de ressources humaines et financières suffisantes.

Bien qu'il importe de faire en sorte que des investissements suffisants soient consentis en promotion de la santé et en prévention à l'intention des personnes âgées, soulignons qu'aucun nouveau budget n'est actuellement disponible et que par conséquent, la description d'une thématique ou d'une intervention dans le document n'assure en rien son financement futur.

Dans une perspective de coordination et d'harmonisation des différents niveaux de services destinés aux aînés, les principales directions de la Régie régionale (DOSC et DSPPÉ) doivent se concerter dans l'élaboration de leur planification respective pour une meilleure intégration de la programmation destinée aux personnes âgées de notre région.

Ainsi, il faut considérer le présent *Cadre de référence* comme une étape préliminaire au développement du *plan d'action régional et des plans locaux*.

CONCLUSION

Le document « *Pour les aînés de la Montérégie : Un art de vivre en santé, une qualité de vie* » propose une vision globale des besoins des aînés de la Montérégie, des axes d'intervention et des actions à privilégier pour améliorer leur santé et leur qualité de vie. Ce cadre de référence présente le vieillissement comme une étape de la vie et met en évidence la contribution sociale des aînés. Les défis que lance à la santé publique une société vieillissante sont toutefois nombreux : des conditions de vie et des habitudes de vie à améliorer, le besoin d'un environnement social mieux adapté permettant une intégration sociale satisfaisante, la présence de problèmes de santé mentale, de problèmes sociaux, de traumatismes (chutes), de maladies évitables par l'immunisation (influenza, pneumocoque), de maladies chroniques et de pertes de capacité fonctionnelle.

Pour chacun de ces défis, un axe d'intervention comportant des interventions efficaces ou prometteuses est proposé. Ces actions peuvent elles-mêmes être regroupées dans l'une ou l'autre des quatre stratégies, soit le renforcement du potentiel des personnes âgées, le renforcement de l'environnement social, l'adaptation de l'environnement physique et l'adaptation des services sociosanitaires. Parmi ces interventions, certaines sont déjà implantées en Montérégie alors que d'autres proviennent de la littérature. Règle générale, les interventions recensées pour chaque axe d'intervention font appel à plusieurs méthodes d'intervention en promotion de la santé et en prévention. Par exemple, l'éducation sanitaire, la formation des intervenants et le développement des communautés sont préconisés dans presque tous les axes d'intervention. Bien que les interventions proposées apparaissent de façon consécutive dans le texte, dans bien des cas, ces actions doivent se faire de façon simultanée, concertée et intégrée pour avoir un maximum d'efficacité.

Soulignons en terminant certaines informations qui n'étaient pas disponibles au moment de la publication du document de consultation diffusé en août 2000, document ayant précédé la présente version. En décembre 2001, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la *Loi sur la santé publique*. Cette loi prévoit, entre autres, l'adoption par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'un programme national de santé publique de même que l'adoption de plans d'action régionaux par les régies régionales et de plans d'action locaux par les CLSC. Le *Programme national de santé publique* devrait être soumis pour consultation à l'automne 2002 et être mis en vigueur sans doute au début de 2003. Le plan d'action régional devra être conforme aux prescriptions du *Programme national de santé publique* et devra tenir compte des spécificités de la population du territoire de la régie régionale. Quant au plan d'action local qui sera élaboré par le CLSC, il devra être conforme aux prescriptions du programme national, cohérent avec le plan régional et tenir compte de la spécificité de la population que dessert l'établissement; son élaboration doit être faite en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés. Ce sont donc ce plan d'action régional et ces plans d'action locaux à définir dans notre région qui

identifieront et prévoiront les actions à réaliser en matière de promotion, protection, surveillance et évaluation pour les aînés tout comme pour les autres groupes d'âge de la population montérégienne.

ANNEXE 1

Les déterminants de la santé et
les méthodes d'intervention en promotion-prévention

Les déterminants de la santé

L'environnement social

L'environnement social comprend la famille, le soutien social, l'organisation sociale dans laquelle vivent les aînés. On reconnaît de plus en plus l'influence de l'environnement social sur la santé et le bien-être des individus.

L'environnement physique

L'environnement physique regroupe l'exposition à des agents physiques, chimiques et biologiques. L'aménagement du logement, la municipalité dans laquelle vivent les personnes âgées et l'accès au transport sont aussi considérés.

Le patrimoine génétique et la biologie humaine

Les caractéristiques biologiques individuelles et le patrimoine génétique influencent la longévité des individus et conditionnent leur susceptibilité à certaines maladies (cancer du sein, maladies cardiovasculaires, susceptibilité à certaines maladies infectieuses). Ils ont également des répercussions sur certains comportements individuels.

Les comportements individuels

Par comportements individuels on entend les manières d'agir, les réactions d'une personne donnée lorsque celle-ci est exposée aux diverses situations que comporte son environnement physique ou social; bien sûr ces réactions sont conditionnées par ses expériences antérieures, les possibilités qui s'offrent à elle et les ressources dont elle dispose pour faire face à ces situations.

Le système de soins

Le système de soins inclut les établissements de santé et leurs intervenants de même que les différentes catégories de professionnels offrant dans un milieu social donné des services de nature sanitaire. Le recours aux soins, leur accessibilité, leur efficacité et leur continuité sont des déterminants de la santé.

Adapté de : EVANS, R.G., et G.L. STODDART. « Produire la santé, consommer des soins », *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1996, p. 37-73.

Les méthodes utilisées en promotion de la santé et du bien-être et en prévention sont les suivantes :

- *L'éducation sanitaire* se définit comme la présentation d'information à des petits groupes ou des individus afin d'augmenter leurs connaissances et modifier leurs attitudes et comportements.
- *L'éducation des intervenants* comprend des sessions de formation, des rencontres individuelles, l'envoi postal de matériel éducatif ou d'autres moyens tels la discussion de cas, la comparaison des pratiques individuelles avec les pairs, etc.
- *Les pratiques préventives cliniques* consistent en des actes cliniques tels le dépistage, l'évaluation, le counselling individuel ou le support individuel promulgué par un professionnel de la santé.
- *Le développement des communautés* est un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique (*Chavis, 2000*).
- *La communication* comprend des activités qui visent à rejoindre plusieurs individus à la fois, soit par l'entremise des médias, un envoi postal ou l'internet, etc. Les messages véhiculés ont pour but d'augmenter les connaissances et de changer les attitudes et les comportements.
- *Le marketing social* fait la promotion de causes sociales ou d'idées auprès de certains groupes cibles. Il vise à rendre une cause plus acceptable et à modifier des comportements.
- *L'action politique* vise à faire des pressions pour modifier des lois ayant pour but de protéger la santé publique. Les pressions s'exercent auprès des décideurs qui ont une influence sur l'adoption de mesures législatives.
- *Le changement organisationnel* implique que des modifications au niveau des structures ou du processus d'une ou plusieurs organisations s'effectuent. Ces modifications visent une plus grande efficience, des changements de pratique, des changements de mentalité dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de la population desservie.

ANNEXE 2

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC et CHSLD de La Pommeraie, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC et CHSLD de La Pommeraie								
Abercorn	25	20	5	10	5	345	65	0.9
Frelighsburg	50	45	25	10	10	1 050	140	2.0
Philipsburg	20	15	10	5	5	245	55	0.8
St-Armand-Ouest	50	55	30	15	10	1 050	160	2.3
St-Pierre-de-Véronne	25	25	10	10	5	610	75	1.1
Stanbridge Station	20	15	15	0	0	365	50	0.7
Bedford ville	135	115	125	110	75	2 750	560	8.0
Bedford Canton	30	25	15	10	10	800	90	1.3
Standridge	25	25	25	5	5	860	85	1.2
Dunham	120	65	70	30	20	3 370	305	4.3
Sutton Ville	100	90	105	70	60	1 615	425	6.0
Sutton Canton	90	85	60	20	10	1 700	265	3.8
Bolton-Ouest	30	30	20	10	10	575	100	1.4
Brome	15	10	5	0	5	290	35	0.5
Lac Brome	280	265	205	125	100	5 075	975	13.9
Cowansville	445	455	345	245	195	12 055	1 685	24.0
East Farnham	15	10	10	0	0	515	35	0.5
Brigham	65	50	30	15	0	2 290	160	2.3
St-Ignace-de-Stanbridge	25	20	20	10	0	690	75	1.1
Notre-Dame-de-Stanbridge	35	30	20	15	20	815	120	1.7
Ste-Sabine	25	20	10	5	5	1 035	65	0.9
Rainville	60	50	35	10	5	1 855	160	2.3
Farnham	295	275	210	155	115	6 045	1 050	14.9
Ange-Gardien	15	20	30	10	5	600	80	1.1
St-Ange-Gardien	45	25	15	5	0	1 310	90	1.3
Ste-Brigide-d' Iberville	35	55	15	10	15	1 370	130	1.8
Total	**2 075**	**1 895**	**1 465**	**910**	**690**	**49 280**	**7 035**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996

Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC de la Haute Yamaska, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC de la Haute-Yamaska								
Bromont	115	90	45	30	10	4 290	290	3.3
St-Alphonse	30	15	10	5	0	2 890	60	0.7
Granby Ville	1 965	1 715	1 230	840	605	43 320	6 355	72.0
Granby Canton	225	150	90	30	15	11 265	510	5.8
Waterloo	190	150	135	95	80	4 040	650	7.4
Warden	10	10	0	5	0	330	25	0.3
Shefford	120	80	40	20	20	4 495	280	3.2
St-Joachim-de-Shefford	45	25	15	5	0	1 140	90	1.0
Roxton Pond Paroisse	35	30	30	15	5	995	115	1.3
Roxton Pond Village	75	45	30	10	10	2 355	170	1.9
Ste-Cécile-de-Milton	40	35	15	5	0	1 890	95	1.1
St-Paul-d'Abbotsford	75	55	35	20	5	2 790	190	2.2
Total	**2 925**	**2 400**	**1 675**	**1 080**	**750**	**79 800**	**8 830**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC La Chênaie, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC La Chênaie								
Béthanie	10	5	5	0	0	355	20	1.2
Roxton Falls	60	40	30	15	15	1 370	160	9.2
Roxton	40	20	15	5	5	1 115	85	4.9
Ste-Christine	35	25	15	5	0	800	80	4.6
Acton Vale	200	155	180	125	110	4 685	770	44.4
St-André-d'Acton	95	65	30	15	5	2 485	210	12.1
Upton	45	35	25	10	15	1 070	130	7.5
St-Ephrem-d'Upton	30	5	10	5	0	860	50	2.9
St-Théodore-d'Acton	45	40	30	10	5	1 635	130	7.5
St-Nazaire-d'Acton	25	40	15	15	5	935	100	5.8
Total	**585**	**430**	**355**	**205**	**160**	**15 310**	**1 735**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996

Compilation : Équipe connaissance/surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC du Havre, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC du Havre								
St-David	40	35	25	15	10	870	125	1.7
Massueville	50	45	30	25	20	595	170	2.3
St-Aimé	15	15	10	5	0	560	45	0.6
St-Robert	50	45	35	25	10	1 905	165	2.3
Ste-Victoire-de-Sorel	70	45	35	15	5	2 315	170	2.3
St-Ours	90	60	45	40	20	1 620	255	3.5
St-Roch-de-Richelieu	75	50	35	20	10	1 740	190	2.6
Tracy	585	500	330	195	100	12 775	1 710	23.6
St-Joseph-de-Sorel	100	95	80	40	25	1 875	340	4.7
Sorel	1 195	905	605	420	315	23 245	3 440	47.5
Ste-Anne-de-Sorel	125	105	50	30	10	2 795	320	4.4
Yamaska-Est	15	10	5	5	5	250	40	0.6
Yamaska	25	25	20	20	15	465	105	1.5
St-Michel-d'Yamaska	50	35	15	10	5	1 020	115	1.6
St-Gérard-Majella	10	10	10	10	5	260	45	0.6
Total	**2 495**	**1 980**	**1 330**	**875**	**555**	**52 290**	**7 235**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC-CHSLD des Maskoutains, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC-CHSLD des Maskoutains								
St-Pie Village	85	90	55	35	25	2 250	290	2.8
St-Pie Paroisse	70	45	20	15	15	2 400	165	1.6
St-Damase Village	55	35	25	20	10	1 360	145	1.4
St-Damase Paroisse	25	15	15	5	5	1 150	65	0.6
Ste-Madeleine	45	45	30	15	10	1 995	145	1.4
Ste-Marie-Madeleine	75	55	25	10	5	2 260	170	1.6
La Présentation	60	40	20	10	10	1 850	140	1.3
St-Thomas-d' Aquin	70	55	40	15	20	4 195	200	1.9
St-Hyacinthe	1 855	1 850	1 430	1 120	915	38 980	7 170	69.1
Notre-Dame-de-St-Hyacinthe	40	25	15	10	5	865	95	0.9
St-Hyacinthe-le-Confesseur	40	30	20	10	0	1 125	100	1.0
St-Dominique	70	45	45	15	10	2 235	185	1.8
St-Valérien-de-Milton	65	40	30	20	5	1 775	160	1.5
St-Liboire	65	60	25	20	20	2 595	190	1.8
Ste-Rosalie Village	125	100	70	45	20	4 155	360	3.5
Ste-Rosalie Paroisse	40	20	15	5	10	1 570	90	0.9
St-Simon	40	40	10	10	0	1 170	100	1.0
Ste-Hélène-de-Bagot	45	35	20	15	10	1 495	125	1.2
St-Hugues	35	40	30	10	10	1 340	125	1.2
St-Barnabé	20	25	15	10	0	900	70	0.7
St-Jude	45	30	15	10	5	1 140	105	1.0
St-Bernard-Partie-Sud	25	15	10	5	5	610	60	0.6
St-Louis	25	15	10	5	5	715	60	0.6
St-Marcel-de-Richelieu	25	15	10	5	10	620	65	0.6
Total	**3 045**	**2 765**	**2 000**	**1 440**	**1 130**	**78 750**	**10 380**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996

Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC du Richelieu, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC du Richelieu								
St-Césaire Ville	115	110	80	55	50	2 990	410	8.9
St-Césaire Paroisse	55	50	25	15	5	1 945	150	3.3
Ste-Angèle-de-Monnoir	40	30	20	5	0	1 480	95	2.1
St-Michel-de-Rougemont	40	30	15	10	5	1 460	100	2.2
Rougemont	60	35	20	10	10	1 235	135	2.9
Marieville	190	210	125	105	115	5 510	745	16.2
Ste-Marie-de-Monnoir	55	30	15	10	15	2 125	125	2.7
Richelieu	115	95	85	50	60	3 195	405	8.8
Notre-Dame-de-Bon-Secours	55	30	15	5	5	1 515	110	2.4
St-Mathias-sur-Richelieu	125	90	60	25	10	4 015	310	6.7
Chambly	530	480	280	185	140	19 715	1 615	35.0
Carignan	170	130	60	35	15	5 610	410	8.9
Total	**1 550**	**1 320**	**800**	**510**	**430**	**50 795**	**4 610**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, Les CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
Les CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts								
Venise-en-Québec	105	80	40	20	20	1 110	265	2.4
St-Georges-de-Clarenceville	70	45	30	20	10	980	175	1.6
Noyan	90	45	20	15	5	1 015	175	1.6
Lacolle	70	80	60	35	20	1 555	265	2.4
Notre-Dame-du-Mont-Carmel	40	25	20	15	10	940	110	1.0
St-Valentin	20	15	0	5	0	490	40	0.4
St-Paul-de-l' Île-aux-Noix	95	75	40	20	5	1 845	235	2.1
Henryville Village	25	35	25	15	10	700	110	1.0
Henryville Municipalité	55	25	25	5	0	860	110	1.0
St-Sébastien	30	35	20	10	10	750	105	0.9
St-Alexandre	55	55	25	15	5	2 380	155	1.4
Ste-Anne-de-Sabrevois	110	45	30	15	5	1 910	205	1.8
St-Blaise	55	45	30	10	15	2 070	155	1.4
L'Acadie	140	105	40	15	5	5 475	305	2.7
St-Luc	330	275	180	70	55	18 375	910	8.1
St-Jean-sur-Richelieu	1 805	1 580	1 140	730	560	36 435	5 815	51.8
Iberville	400	395	285	190	180	9 635	1 450	12.9
St-Athanase	175	115	60	50	35	6 545	435	3.9
Mont St-Grégoire (fusion)	90	60	35	25	5	3 110	215	1.9
Total	**3 760**	**3 135**	**2 105**	**1 280**	**955**	**96 180**	**11 235**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC-CHSLD des Patriotes, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC-CHSLD des Patriotes								
St-Bruno-de-Montarville	760	515	285	160	130	23 710	1 850	24.5
St-Basile-le-Grand	230	165	105	35	15	11 770	550	7.3
McMasterville	100	90	60	35	20	3 815	305	4.0
Otterburn Park	170	145	80	55	25	7 320	475	6.3
Mont St-Hilaire	415	330	260	175	100	13 065	1 280	16.9
Beloeil	675	515	340	220	170	19 295	1 920	25.4
St-Mathieu-de-Beloeil	45	35	10	10	0	2 140	100	1.3
St-Marc-sur-Richelieu	60	35	30	15	5	2 000	145	1.9
St-Charles-sur-Richelieu	85	55	30	10	5	1 710	185	2.4
St-Denis Village	45	40	35	30	20	995	170	2.2
St-Denis Paroisse	55	35	15	5	5	1 145	115	1.5
St-Jean-Baptiste	105	70	40	35	20	2 910	270	3.6
St-Antoine-sur-Richelieu	55	55	40	20	25	1 530	195	2.6
Total	**2 800**	**2 085**	**1 330**	**805**	**540**	**91 405**	**7 560**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC Samuel de Champlain, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC Samuel de Champlain								
Brossard	2 000	1 325	895	535	335	65 930	5 090	41.1
St-Lambert	1 205	1 170	935	755	555	20 970	4 620	37.3
Greenfield Park	740	580	370	225	150	17 340	2 065	16.7
Lemoyne	225	165	110	65	35	5 055	600	4.8
Total	**4 170**	**3 240**	**2 310**	**1 580**	**1 075**	**109 295**	**12 375**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC Saint-Hubert, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC Saint-Hubert								
Saint-Hubert	1 985	1 440	855	505	335	77 040	5 120	100.0
Total	**1 985**	**1 440**	**855**	**505**	**335**	**77 040**	**5 120**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC Longueuil-Est et Longueuil-Ouest, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC Longueuil-Est et Longueuil-Ouest								
Longueuil	4 760	3 825	2 590	1 560	955	127 975	13 690	100.0
Total	**4 760**	**3 825**	**2 590**	**1 560**	**955**	**127 975**	**13 690**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC des Seigneuries, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC des Seigneuries								
Boucherville	1 240	740	490	320	255	34 990	3 045	49.2
Ste-Julie	290	210	120	80	45	24 030	745	12.0
St-Amable	115	65	40	25	10	7 105	255	4.1
Varennes	345	270	170	105	85	18 840	975	15.8
Verchères	160	150	100	60	45	4 855	515	8.3
Calixa-Lavallée	15	25	10	0	5	465	55	0.9
Contrecoeur	205	165	105	60	60	5 330	595	9.6
Total	**2 370**	**1 625**	**1 035**	**650**	**505**	**95 615**	**6 185**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC Kateri, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC Kateri								
St-Mathieu	80	50	30	10	5	1 925	175	3.8
St-Philippe	135	65	35	25	10	3 655	270	5.8
La Prairie	510	440	285	185	190	17 130	1 610	34.6
Candiac	260	190	110	40	20	11 805	620	13.3
Delson	165	130	70	40	15	6 705	420	9.0
Ste-Catherine	255	180	125	55	15	13 725	630	13.5
St-Constant	410	255	160	55	45	21 930	925	19.9
Total	**1 815**	**1 310**	**815**	**410**	**300**	**76 875**	**4 650**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC Châteauguay, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC Châteauguay								
St-Isidore	80	55	50	25	10	2 405	220	3.6
Mercier	240	160	100	50	25	9 060	575	9.3
Châteauguay	1 740	1 335	750	415	310	41 425	4 550	73.9
Léry	100	70	45	25	10	2 410	250	4.1
St-Urbain-Premier	45	40	30	10	5	1 180	130	2.1
Ste-Martine	90	80	65	45	35	2 315	315	5.1
St-Paul-de-Châteauguay	50	40	15	5	5	1 360	115	1.9
Total	**2 345**	**1 780**	**1 055**	**575**	**400**	**60 155**	**6 155**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC Jardin du Québec, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC Jardin du Québec								
St-Bernard-de-Lacolle	85	60	30	25	30	1 545	230	9.0
Hemmingford Village	45	50	40	25	5	750	165	6.5
Hemmingford Canton	75	70	40	40	20	1 750	245	9.6
Ste-Clotilde-de Châteauguay	50	25	25	15	10	1 595	125	4.9
St-Patrice-de-Sherrington	70	40	30	15	5	1 960	160	6.3
Napierville	90	70	85	65	55	3 005	365	14.3
St-Cyprien-de-Napierville	30	35	10	15	0	1 310	90	3.5
St-Jacques-le-Mineur	50	40	20	10	10	1 615	130	5.1
St-Edouard	45	30	20	15	10	1 255	120	4.7
St-Michel	65	45	40	30	15	2 450	195	7.7
St-Rémi	235	180	135	95	75	5 710	720	28.3
Total	**840**	**645**	**475**	**350**	**235**	**22 945**	**2 545**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC Huntingdon, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC Huntingdon								
Havelock	30	25	25	5	10	815	95	3.0
Franklin	55	50	35	20	10	1 640	170	5.3
St-Chrysostome	30	45	40	30	15	850	160	5.0
St-Jean-Chrysostome	50	35	20	10	5	1 740	120	3.8
Howick	30	30	20	20	10	620	110	3.5
Très-St-Sacrement	55	40	20	20	15	1 280	150	4.7
Ormstown	80	90	65	60	70	1 605	365	11.5
St-Malachie-d' Ormstown	75	70	45	20	20	2 095	230	7.2
Hinchinbrook	115	100	85	35	20	2 410	355	11.2
Elgin	25	15	15	10	0	450	65	2.0
Huntingdon	145	160	135	110	70	2 745	620	19.5
Godmanchester	60	40	30	20	10	1 550	160	5.0
Ste-Barbe	75	45	20	10	5	1 275	155	4.9
St-Anicet	160	115	65	25	15	2 545	380	11.9
Dundee	20	15	5	5	0	390	45	1.4
Total	**1 005**	**875**	**625**	**400**	**275**	**22 010**	**3 180**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC Seigneurie de Beauharnois, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC Seigneurie de Beauharnois								
Maple Grove	105	105	55	15	15	2 605	295	3.8
Beauharnois	290	305	200	140	85	6 435	1 020	13.3
St-Etienne-de-Beauharnois	25	15	10	10	5	800	65	0.8
St-Louis-de-Gonzague	40	30	20	15	10	1 380	115	1.5
St-Stanislas-de-Kostka	65	55	25	10	15	1 645	170	2.2
Salaberry-de-Valleyfield	1 315	1 290	965	660	430	26 600	4 660	60.6
Grande-Île	135	100	75	30	20	4 465	360	4.7
St-Timothée	255	200	130	105	60	8 495	750	9.8
Melocheville	120	60	35	25	10	2 485	250	3.3
Total	**2 350**	**2 160**	**1 515**	**1 010**	**650**	**54 910**	**7 685**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus par territoire de CLSC et par municipalité, CLSC La Presqu'Île, 1996

Territoire	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et +	Population totale	65 ans et +	% des 65 ans et + du CLSC
CLSC La Presqu'Île								
Rivière-Beaudette	75	35	40	20	15	1 380	185	2.1
St-Télesphore	50	20	20	10	5	805	105	1.2
St-Polycarpe	50	60	45	25	20	1 675	200	2.3
St-Zotique	130	95	40	25	20	3 685	310	3.6
Les Coteaux	105	80	60	40	25	2 845	310	3.6
Coteau-du-Lac	140	135	55	45	55	4 960	430	4.9
St-Clet	40	35	20	20	5	1 520	120	1.4
Les Cèdres	130	65	60	20	5	4 640	280	3.2
Pointe-des-Cascades	30	40	10	5	0	910	85	1.0
L' Île-Perrot	260	175	145	70	65	9 180	715	8.2
Notre-Dame-de-l' Île Perrot	165	145	75	45	25	7 060	455	5.2
Pincourt	290	235	145	90	60	10 025	820	9.4
Terrasse-Vaudreuil	70	45	35	25	5	1 975	180	2.1
Vaudreuil-Dorion	620	470	325	225	150	18 465	1 790	20.5
Vaudreuil-sur-le-Lac	10	10	5	0	0	930	25	0.3
L' Île-Cadieux	5	0	5	0	0	120	10	0.1
Hudson	260	275	175	125	65	4 795	900	10.3
St-Lazare	210	145	75	45	25	11 195	500	5.7
Ste-Marthe	50	30	20	10	15	1 090	125	1.4
Ste-Justine-de-Newton	45	35	20	15	5	935	120	1.4
Très-St-Rédempteur	30	10	10	0	0	625	50	0.6
Rigaud (fusion)	270	265	200	115	95	6 055	945	10.8
Pointe-Fortune	20	20	20	5	0	450	65	0.7
Total	**3 055**	**2 425**	**1 605**	**980**	**660**	**95 320**	**8 725**	**100.0**

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

ANNEXE 3

Répartition de la population selon la langue parlée à la maison par territoire de CLSC (1996)

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Répartition de la population en général et de la population de 65 ans et plus selon la langue parlée à la maison par territoire de CLSC (1996)

Territoires	Population en général			Personnes âgées de 65 ans et plus		
	Français	Anglais	Autres	Français	Anglais	Autres
	Pourcentage (%)			Pourcentage (%)		
Les CLSC et CHSLD de La Pommeraie	75.5	24.0	0.5	64.2	34.3	1.5
CLSC de la Haute-Yamaska	96.2	3.5	0.3	92.2	7.0	0.6
CLSC La Chênaie	99.6	0.1	0.4	100.0	0.0	0.6
CLSC du Havre	99.4	0.4	0.1	99.2	0.6	0.2
CLSC-CHSLD des Maskoutains	99.0	0.5	0.5	99.2	0.4	0.3
CLSC du Richelieu	95.3	4.1	0.6	89.4	9.4	1.7
Les CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts	95.8	3.7	0.5	93.4	5.7	1.1
CLSC des Patriotes	92.8	6.5	0.7	88.2	10.2	1.5
CLSC Samuel-de-Champlain	62.2	23.7	14.1	61.1	26.1	12.9
CLSC Saint-Hubert	86.2	10.1	3.7	79.2	11.8	8.9
CLSC Longueuil-Est	93.5	2.6	3.8	89.6	3.7	6.7
CLSC Longueuil-Ouest	91.0	3.2	5.7	91.0	3.5	5.4
CLSC des Seigneuries	97.6	1.9	0.5	96.9	1.7	1.1
CLSC Kateri	92.0	6.1	2.0	87.4	8.7	3.5
CLSC Châteauguay	73.7	24.5	1.8	68.5	27.8	3.8
CLSC Jardin du Québec	91.5	7.4	1.2	86.6	10.6	2.2
CLSC Huntingdon	63.6	35.7	0.8	54.3	44.5	1.6
CLSC Seigneurie de Beauharnois	97.7	2.0	0.3	97.0	2.7	0.4
CLSC La Presqu'île	75.7	23.4	0.9	75.7	22.5	2.1

La catégorie autres comprend :
langue non officielle

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ

ANNEXE 4

Population âgée dans les ménages privés sous le seuil de faible revenu

Source : Statistique Canada, Recensement canadien 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus dans les ménages privés sous le seuil de faible revenu
CLSC, Montérégie, Québec, 1996

Territoires	65 ans et +					
	Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%
de La Pommeraie	725	12.1	215	8.3	510	15.0
de La Haute-Yamaska	1 710	22.6	580	17.3	1 130	26.9
La Chênaie	205	12.9	75	9.1	125	16.2
du Havre	1 610	24.2	475	16.8	1 135	29.6
des Maskoutains	1 530	17.9	425	11.7	1 105	22.5
du Richelieu	430	15.4	120	9.2	310	21.0
Champagnat de la Vallée des Forts	1 975	19.1	585	12.8	1 385	24.0
des Patriotes	1 820	21.2	550	14.1	1 270	26.9
Samuel de Champlain	3 065	26.2	780	16.5	2 280	32.6
Saint-Hubert	1 610	34.5	510	26.8	1 100	39.8
Longueuil-Est	1 480	33.6	485	26.6	990	38.4
Longueuil-Ouest	3 155	38.7	910	28.8	2 245	44.9
des Seigneuries	1 000	18.8	300	12.6	695	23.6
Kateri	1 180	27.8	390	21.3	790	32.6
Châteauguay	1 010	19.0	315	13.1	690	23.8
Jardin du Québec	370	15.7	85	8.3	285	21.3
Huntingdon	320	10.7	90	6.7	230	14.0
Seigneurie de Beauharnois	1 665	22.7	420	14.0	1 245	28.7
La Presqu'île	1 550	19.1	460	12.6	1 090	24.3
Montérégie	26 400	22.6	7 785	15.5	18 620	28.0
Québec	207 115	26.9	62 575	19.3	144 535	32.5

Source : Statistique Canada, Recensement 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

Population de 65 ans et plus dans les ménages privés sous le seuil de faible revenu CLSC, Montérégie, Québec, 1996

Territoires	65-74 ans						75-84 ans						85 ans et +					
	Total		Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La Pommeraie	380	10.5	135	7.9	240	12.5	295	15.1	75	10.0	215	18.0	55	13.9	0	0.0	50	17.9
de laHaute-Yamaska	1 090	21.9	425	18.4	660	24.7	545	24.2	135	14.5	410	31.2	75	23.4	10	9.5	60	27.9
La Chênaie	115	11.6	40	8.1	75	15.0	80	16.5	30	12.0	50	20.4	10	10.0	0	0.0	10	40.0
du Havre	985	22.7	340	17.6	640	26.5	575	27.8	125	15.6	455	36.0	50	20.0	10	11.1	40	25.0
des Maskoutains	850	15.7	240	10.2	610	19.9	555	20.4	150	13.2	405	25.8	130	30.2	30	20.7	100	35.1
du Richelieu	240	12.9	75	8.2	165	17.4	150	19.6	35	10.3	115	27.1	35	22.6	10	18.2	30	30.0
C.de la Vallée des Forts	1 145	16.9	435	13.8	715	19.7	685	21.8	115	9.1	550	30.6	160	31.4	35	22.6	125	35.7
des Patriotes	1 085	18.6	430	14.8	655	22.5	575	25.0	105	12.3	485	32.2	185	34.7	15	12.5	145	40.8
Samuel de Champlain	1 620	22.4	535	16.5	1 090	27.3	1 110	30.7	200	16.1	915	38.7	325	38.0	50	22.2	275	44.0
Saint-Hubert	1 110	33.4	390	26.8	720	38.4	435	38.0	110	27.8	325	43.3	60	30.0	10	18.2	55	37.9
Longueuil-Est	895	30.0	325	24.9	570	33.9	520	42.3	135	29.7	380	49.0	65	35.1	20	33.3	45	37.5
Longueuil-Ouest	1 950	36.8	615	29.2	1 330	41.8	1 030	41.4	265	28.3	765	49.4	180	48.0	30	26.1	150	57.7
des Seigneuries	710	18.4	250	13.3	460	23.1	255	19.8	40	8.7	210	25.5	35	19.4	10	18.2	25	20.0
Kateri	785	25.8	305	22.5	480	28.6	385	32.2	85	18.9	275	40.4	55	36.7	0	0.0	55	44.0
Châteauguay	495	13.3	190	10.6	305	15.8	415	31.4	110	21.2	305	38.1	100	36.5	20	22.2	75	44.1
Jardin du Québec	205	14.0	65	9.4	135	17.8	140	17.8	20	6.8	115	23.2	30	26.1	0	0.0	30	37.5
Huntingdon	190	10.4	75	8.7	115	11.9	125	12.9	15	3.8	115	20.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Seigneurie de Beauharnois	900	19.1	280	13.6	625	23.5	650	28.8	125	15.0	525	36.8	120	32.4	20	18.2	95	36.5
La Presqu'île	860	16.0	295	11.2	565	20.6	595	25.9	130	15.6	460	31.8	95	20.7	30	16.7	60	21.4
Montérégie	15 580	20.3	5 455	15.5	10 125	24.4	9 085	26.6	2 020	15.3	7 065	33.7	1 740	29.1	315	16.8	1 425	34.8
Québec	120 715	24.2	42 645	19.0	78 070	28.4	69 925	30.9	16 490	19.0	53 440	38.4	16 475	37.5	3 445	25.3	13 030	43.1

Source : Statistique Canada, Recensement 1996
Compilation : Équipe surveillance, DSPPÉ - Montérégie

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMERICAN BURN ASSOCIATION. *Scalds : a burning issue, A campaign kit for burn awareness week, 2000,* http //.www.ameriburn.org/whatsnew/Scald%202000%20Web.pdf, Janvier 2000, 23 p. (consulté automne 2000).

AMERICAN COLLEGE OF SPORT MEDICINE. « ACSM position stand on exercise and physical activity for older adults », *Medical Science Sports and Exercise*, vol. 30, n° 6, 1998, p. 992-1008.

APPELBAUM, P.-C. « Antimicrobial Resistance in Streptococcus Pneumoniae : An Overview », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 15, 1992, p. 77-83.

ARFKEN Cynthia L., et autres. « The prevalence and correlates of fear of falling in elderly people living in the community », *American Journal of Public Health*, vol. 10, 1998, p. 267-286.

ARFKEN, Cynthia L., et autres. « Visual acuity, visual disabilities and falling in the elderly », *Journal of Aging and Health,* vol. 6, 1994, p. 38-50.

ARMANVILLE, François, et autres. *Évaluation du programme d'activité physique Viactive,* Québec, École nationale d'administration publique, août 1994, 32 p.

ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES COMMUNAUTAIRES. *Popotes roulantes, ramassage-repas et services de restauration. Un plan National d'action,* Ottawa, avril 1996, 27 p.

ASSOCIATION FÉMININE D'ÉDUCATION ET D'ACTION SOCIALE (AFEAS). *Le virage ambulatoire : Question de santé pour le réseau ou maladie «iatrogénique» pour la clientèle.* Mémoire déposé dans le cadre de la Commission Clair. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, septembre 2000, 32 p.

ASSOCIATION FÉMININE D'ÉDUCATION ET D'ACTION SOCIALE (AFEAS). *Virage ambulatoire : Positions de l'AFEAS adoptées aux congrès provinciaux de 1998 et 1999,* janvier 2000, 36 p.

AUCLAIR, Lucie. *Étude descriptive de la situation nutritionnelle des personnes âgées vivant à domicile dans la MRC d'Abitibi Ouest et Val-Paradis, Villebois, Beaucanton,* Rapport final, LaSarre, novembre 1999, 120 p. et annexes.

BAKER, Susan P., et autres. *The injury fact book,* Second Edition, Oxford University Press, New York, 1992, 344 p.

BEAULNE, Ginette, et autres. *Les traumatismes au Québec. Comprendre pour prévenir.* Québec, Les Publications du Québec, 1991, 372 p.

BÉDARD, Gisèle et Monique SAVOIE. *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001.* Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1998, 43 p.

BÉGIN, Claude, et autres. *Livre vert sur la sécurité routière au Québec : Un défi collectif.* Mémoire du Conseil des directeurs de la santé publique, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, 2000, 48 p.

BENOÎT, Renée. *Dépistage de la malnutrition chez la clientèle du service de soutien à domicile au CLSC La Presqu'Île durant l'année 1998-1999*, Rapport interne, 2000, 11 p.

BERNIER, Paule, et autres. *Le dépistage et le traitement de la malnutrition en centre hospitalier de courte durée : un investissement rentable.* Ordre professionnel des diététistes du Québec, janvier 1996, 22 p. et annexes.

BILODEAU, Sylvie. Association des offices municipaux d'habitation du Québec, Communication personnelle, février 2002.

BLAI, Boris. « Health consequences of loneliness : a review of the literature », *JACH*, vol. 37, janvier 1989, p. 162-167.

BLANCHET, Luc, et autres. *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir.* Comité de la santé mentale du Québec, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 1993, 138 p.

BLONDEAU, Nicole, et autres. *L'ABC de la formation d'un club de marche*, Kino-Québec, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, 37 p.

BOUCHARD, Claude et Paul BOISVERT. *Quantité d'activité physique requise pour retirer des bénéfices pour la santé. Avis du comité scientifique de Kino-Québec.* Ministère de l'Éducation, Québec, 1999, 27 p.

BOUCHARD, Claude, Roy J. SHEPHARD et Thomas STEPHENS. *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement* Champaign, Illinois, Human Kinetics Publishers, 1994, 1055 p.

BRODEUR, Jean-Marc, et autres. *Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes québécois de 35-44 ans.* Direction de la santé publique Montréal-Centre, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal, 1997, 119 p.

BRODEUR, Jean-Marc, et autres. *Problèmes gastro-intestinaux et nutrition inadéquate chez les personnes complètement édentées sans prothèses fonctionnelles.* Rapport de recherche. Ste-Foy, Université Laval, 1990, 55 p.

BUREAU DU CORONER. *Données du Coroner, décès par brûlures à l'eau chaude,* Québec, 1992-1999, Ministère de la sécurité publique, Gouvernement du Québec, 2000, (demande spéciale).

CAINE, E.D., J.M. LYNESS et Y. CONWELL. « Diagnosis of late-life depression : Preliminary studies in primary care settings », *American Journal of Geriatric Psychiatry,* vol. 4, 1996, p. 545-550.

CALDWELL, J.R. « Exercise in the elderly : an overview », *Exercise programming for the older adults.* Clark, J. (Éditeur), The Haworth Press, New York, 1996, p. 3-8.

CARIGNAN, Pauline. *Programmes québécois de prévention et de promotion en santé mentale : recension des écrits.* Comité de santé mentale du Québec, Québec, septembre 1992, 143 p.

CARLSON, J.E., et autres. « Disability in older adults. 2 Physical activity as prevention », *Behavioral Medicine,* vol. 24, n° 4, 1999, p. 157-168.

CARRIÈRE, Y. et F. PELLETIER. « Factors underlying institutionalization of elderly persons in Canada », *Journal of Gerontology.* Series B. *Psychological Science & Social Science.* vol. 50, n° 3, 1995, p. S164-S172.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (a) « Increasing physical activity – A report on recommendations of the Task Force on Community Preventives Services », *MMWR,* vol. 50 (RR-18), 26 octobre 2001, p. 1-14.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (b) « Prevention and control of influenza : Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) », *MMWR,* vol. 50 (RR-4), 2001, p. 1-40.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (a) « Prevention and control of influenza : Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) », *MMWR, vol.* 49 (RR-3), 2000, p. 1-38.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (b) « Progress in development of immunization registries – United States, 1999 », *MMWR,* vol. 49, 2000, p. 274-278.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION « Prevention and control of influenza : recommendations of the Advisory Committee of Immunization Practices (ACIP) », *MMWR,* vol. 48 (RR-4), 30 avril 1999, 29 p.

CENTRE D'EXCELLENCE SUR LA SANTÉ DES FEMMES - CONSORTIUM UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. *Recommandations concernant l'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes,* Déposées à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, Université de Montréal, 1999, 23 p.

CHAMPAGNE, Raymond, et autres. *La vieillesse : voie d'évitement ou voie d'avenir ? Le vieillissement et la santé mentale*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 1992, 138 p.

CHAVIS, David M. *Mobilizing for community capacity building*, Présentation au LAREHS, Université du Québec à Montréal, 28 avril 2000.

CHERTKOW, Howard et Howard BERGMAN. « Chapitre 11 – Troubles cognitifs et diagnostic précoce de la démence », *Précis pratique de gériatrie*, 2e édition, Marcel Arcand & Réjean Hébert (Éditeurs), Edisem & Maloine Inc., Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie, 1997, p. 157- 172.

CHEVALIER, Serge et Odette LEMOINE, « Chapitre 4 – Consommation d'alcool », *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, Québec, 2000, p. 117-133.

CLSC RENÉ CASSIN. *Personnes âgées victimes d'abus et de négligence : protocole et guide d'intervention. Rompre le silence*, Montréal, CLSC René Cassin, 1993, 112 p.

COALITION POUR LE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ (MONTRÉAL ET ALENTOURS). *Consultation sur le transport adapté. Révision du cadre organisationnel et financier*, Montréal, février 2001, 14 p.

COALITION POUR LE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ (MONTRÉAL ET ALENTOURS). *Valeurs et balises pour l'organisation des services d'accompagnement-transport pour fin de traitements médicaux sur l'île de Montréal*, Montréal, novembre 1999, 9 p.

COALITION POUR LE MAINTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ (MONTRÉAL ET ALENTOURS). *Dossier accompagnement-Transport. Rapport et recommandations sur l'état de la situation des organismes communautaires offrant des services d'accompagnement-transport*. Comité Accompagnement-Transport, Montréal, décembre 1998, 31 p.

COHEN, David et Johanne COLIN. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie – Orientations et stratégie. Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits*. Groupe de travail en prévention des toxicomanies, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1997, 145p.

COMITÉ ACCÈS TRANSPORT MONTÉRÉGIE. *Problématique du transport des personnes à mobilité réduite en Montérégie*, mai 1989, 29 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI) « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2000-2001 », *RMTC*, vol. 26, 2000, p. 1-16.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION (CCNI) « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1999-2000 », *RMTC*, vol. 25, 1999, p. 1-14.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION. *Guide canadien d'immunisation*, 5e édition, Ottawa, Santé Canada, 1998, 237 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE. *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Les Publications du Québec, Ste-Foy,1994, 60 p.

COMITÉ DES HAUTS FONCTIONNAIRES (AÎNÉS). *Améliorer la sécurité des aînés au Canada : l'établissement d'un cadre d'action*, Gouvernement du Canada, Ottawa, septembre 1999, 42 p.

COMITÉ MINISTÉRIEL SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS LIÉES À LA PAUVRETÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE. *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : Orienter et soutenir l'action*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, septembre 2001, 52 p.

COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, Avis du comité scientifique de Kino-Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 1999, 27 p.

COMITÉ SUR LES ABUS EXERCÉS À L'ENDROIT DES AÎNÉS. *Vieillir en toute liberté, Rapport du Comité sur les abus exercés à l'endroit des aînés*, Québec, Gouvernement du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 1990, 131 p.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Rapport et recommandations – Les solutions émergentes*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2000, 404 p.

CONNELL, Betty Rose. « Role of the environment in falls prevention », *Clinics in Geriatric Medicine*, 1996, n° 12, p. 859-880.

CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE.(a) « Les bronchopneumopathies obstructives chroniques et l'emploi des bronchodilatateurs chez les personnes âgées », *Info-Médicament*, n° 8, octobre 1997, 16 p.

CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE.(b) « L'utilisation appropriée des benzodiazépines chez les personnes âgées », *Info-Médicament*, n° 7, mars 1997, 16 p.

CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE. *Le traitement de la dépression*, Gouvernement du Québec, Québec, 1996, 62 p.

CONSEIL DES AÎNÉS. *La réalité des aînés québécois*. 2e édition, Québec, Les Publications du Québec, 2001, 199 p.

CONSEIL DES AÎNÉS. *Avis sur les abus exercés à l'égard des personnes âgées*, Gouvernement du Québec, Québec, 1995, 62 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Virage ambulatoire. Il faut redresser la trajectoire.* Gouvernement du Québec, Québec, 2000, 15 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Le virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes.* Gouvernement du Québec, Québec, juin 1999, 7 p.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Les maladies mentales : un éclairage contemporain – Avis 2001-2004.* Québec, septembre 2001, 109 p.

CONSEIL RÉGIONAL DE DÉVELOPPEMENT EN MONTÉRÉGIE. *Problématiques, enjeux et objectifs en matière de développement social.* Document de travail, Longueuil, juin 2000, 29 p.

CONTENTO, Isabel. « Nutrition education for older adults », *Journal of Nutrition Education*, vol. 27, n° 6, 1995, p. 339-375.

CORBEIL, Pierre et Pascaline CRELIER. *Portrait de la santé bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de la Montérégie*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Montérégie, Longueuil, 1999, 262 p.

DALPÉ, Laure, Guy LACOMBE et Louise LALONDE. « Chapitre 57 – problèmes sociaux », *Précis pratique de gériatrie*, 2e édition, Marcel Arcand & Réjean Hébert (Éditeurs), Edisem & Maloine Inc., Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie, 1997, p. 773-783.

DAMESTOY, Nicole. « L'utilisation rationnelle des médicaments – quel jargon! quel problème? », *Le Médecin du Québec*, vol. 33, n° 6, 1998, p. 29-33.

DELISLE, Marc-André. « La solitude des aînés : aspects sociologiques », *Le Gérontophile*, vol. 21, n° 3, été 1999, p. 3-8.

DELISLE, Noëlandré et Nathalie GOURD. « Recréer la solidarité oubliée : une étude sur l'intergénération en Montérégie », *Association canadienne pour la santé mentale (Rive-Sud)*, juin 2000, p. 6-7.

DESMARCHAIS, Danielle, et autres. *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes.* Comité de la santé mentale du Québec, Ste-Foy, Les Publications du Québec, 2000, 192 p.

DESSUREAULT, Chantal, Christine MAJOR et François PETTIGREW. *Étude de l'état nutritionnel des personnes âgées hébergées en CHSLD de l'Outaouais québécois*, Réseau de la santé et des services sociaux des Aurores boréales, Hull, avril 1998, 46 p. et annexes.

DE VRIENDT, Xavier. « Rôle prédominant de l'omnipraticien dans l'évaluation du risque suicidaire », *Le clinicien*, Septembre 1991, p. 131-138.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE. *Rapport annuel 1999 sur la santé de la population montréalaise - Prévenir, guérir, soigner : les défis d'une société vieillissante*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 1999, 76 p.

DIVISION DE L'IMMUNISATION « Conférence canadienne de concertation sur un système national de dossiers de vaccination », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 24, 1998, p. 137-140.

DUBOIS, Lise, et autres. « Chapitre 6 - Alimentation : perceptions, pratiques et insécurité alimentaire », *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, Québec, 2000, p. 149-166.

DUCHARME, Francine. « La détresse des soignants familiaux. Défis cliniques et perspectives de recherche », *L'Infirmière du Québec*, janvier-février 1997, p. 40-47.

DYCK, Ronald J., Brian L. MISHARA et Jennifer WHITE « Le suicide chez les enfants, les adolescents et les personnes âgées : constatations clés et mesures préconisées », *Les déterminants de la santé – Le cadre et les enjeux*. Volume 3 dans la série Études du Forum national sur la santé, Québec, Éditions Multimondes, 1998, p. 323-383.

FAHLBERG, Larry L., et autres. « Empowerment as an emerging approach in health education », *Journal of Health Education*, vol. 22, n° 3, mai/juin 1991, p. 185-193.

FINE, M.-J., et autres. « Prognosis and outcome of patients with community-acquired pneumonia. A meta-analysis », *JAMA*, vol. 275, 1996, p. 134-141.

FORCIER, Lyne. *Bilan de déploiement des projets pour les personnes âgées de la Montérégie en promotion de la santé et en prévention (1995-2000)*. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, juin 2000, 56 p.

FORJUOH, S.N., et autres. « Identifying homes with inadequate smoke detector protection from residential fires in Pennsylvania », *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, vol. 18, 1997, p. 86-91.

GAGNON, Denis F., Guy ROY et Geneviève TREMBLAY. *Guide de prévention des chutes en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique, Québec, 1995, 120 p.

GARANT, Louise et Mario BOLDUC. *L'aide par les proches : Mythes et réalités*. Direction de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1990, 157 p.

GILL, Thomas M., Christianna S. WILLIAMS et Mary E. TINETTI. « Environmental hazards and the risk of non syncopal fall in the homes of community-living older persons », *Medical Care*, 2000, vol. 38, p. 1174-1183.

GILL, Thomas M., et autres. « A population-based study of environmental hazards in the homes of older persons », *American Journal of Public Health,* vol. 89, 1999, p. 553-556.

GINTER, Sandra F. et Lorraine C. MION. « Falls in the nursing home : preventable or inevitable? », *Journal of Gerontologic Nursing*, vol. 18, 1992, p. 43-48.

GOSSELIN, Céline. Grille 2 – *Section B. L'adaptation sociale des aînés.* Document de travail pour la préparation du PNSP- Section Adaptation et intégration sociale, mars 2001, 9 p.

GOSSELIN, Céline. *L'insécurité chez les personnes de 60 ans et plus du programme de maintien à domicile,* CLSC Métro, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, septembre 1987, 75 p.

GOTTLIEB, Benjamin H. « Using social support to protect and promote health », *Journal of Primary Prevention*, vol. 8, n° 1 & 2, automne/hiver 1987, p. 49-70.

GOYER Pierre. Réseau québécois des organismes sans but lucratif d'habitation, Communication personnelle, novembre 2001.

GRAND'MAISON, Jacques. « Vers un nouveau pacte intergénérationnel », *Le Gérontophile,* vol. 18, n° 1, hiver 1996, p. 12-17.

GRENIER, Lise. « Médicaments : motif important d'hospitalisation des personnes agées », *Québec Pharmacie,* vol. 38, 1991, p. 535-538.

GROUPE COCHRANE (a) (Thomson O'Brien, M.A., et autres.) *Local opinion leaders : effects on professional practice and health care outcomes.* The Cochrane Database of Systematic Review, Abstract : http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000125.htm (date of most recent update 4-2-2000), Issue 1, 2001, consulté le 5 juin 2001, 19 p.

GROUPE COCHRANE (b) (Thomson O'Brien, M.A., et autres). *Educational outreach visits : effects on professional practice and health care outcomes.* The Cochrane Database of Systematic Review (date of most recent update 2-10-1999), Issue 1., Abstract : http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000409.htm consulté le 5 juin 2001, 29 p.

GROUPE COCHRANE (c) (Haynes, R.B., et autres*). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications.* The Cochrane Database of Systematic Review (date of most recent update 30-5-2001), Issue 1., Abstract http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab00011.htm consulté le 6 novembre 2001, 35 p.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Santé Canada, Ottawa, 1994, 1136 p.

GUAY, M. *Projets spéciaux de vaccination influenza-pneumocoque 1999-2000*, Québec, Institut national de santé publique, 2000, 40 p.

HABER, David. *Health Promotion and Aging*, New York, Springer Publishing Company, 1994, p. 160-184.

HALL, Michael, et autres. *Canadiens dévoués, Canadiens engagés, Points saillants de l'Enquête nationale sur le don, le bénévolat et la participation*, 1997, Développement des ressources humaines Canada, Patrimoine canadien, Santé Canada et Statistique Canada, Ottawa, 1998, 77 p.

HAMEL, Denis. *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2001, 462 p.

HOTTIN, Paule, et Louise CARRIER. « Chapitre 14 – Dépression », *Précis pratique de gériatrie*, 2e édition, Marcel Arcand & Réjean Hébert (Éditeurs), Edisem & Maloine Inc., Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie, 1997, p. 201-214.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Recensement de la population 1996-1991-1986. Montérégie. Cahier 5. Revenu des familles et des ménages. Caractéristiques des ménages et des logements.* Collection les régions, Québec, 2000, 234 p.

JETTÉ, Louise. *Programme de surveillance du pneumocoque - Rapport annuel 1999*, Québec, Laboratoire de santé publique du Québec, 2000, 20 p.

KENNIE, David C. *Preventive care for elderly people*, Cambridge University Press, New York, 1993, p. 91-94.

KERGOAT, Marie-Jeanne. « La dénutrition protéino-énergétique comme élément de fragilité chez la personne âgée », *Le Clinicien*, mars 1998, p. 84-105.

KERSLETTER, Jane E., Beth, A. HOLTHAUSEN et Polly A. FITZ. « Malnutrition in the institutionalized older adult », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 92, n° 9, 1992, p. 1109-1116.

KING, Mary B. et Mary E. TINETTI. « A multifactorial approach to reducing injurious falls », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 12, n° 4, 1996, p. 745-759.

KINO-QUÉBEC. *Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec, 2000, 35 p.

LAKEY, Brian et Catherine J. LUTZ. « Social support and preventive and therapeutic interventions », *Handbook of Social Support and the Family*, Gregory R. Pierce, Barbara R. Sarason et Irwin G. Sarason (Éditeurs), New York, Plenum Press, 1996, p. 435-465.

LAKHANI, Nina. « Alcohol use amongst community-dwelling elderly people a review of the literature », *Journal of Advances Nursing*, vol. 25, 1997, p. 1227-1232.

LANGE, Margie. « The challenge of fall prevention in home care : a review of the literature », *Home Healthcare Nurse*, vol. 14, 1996, p. 198-206.

LAWRENCE, Renée H., et autres. « Intensity and correlates of fear and hurting oneself in the next year », *Journal of Aging and Health*, n° 10, 1998, p. 267-286.

LAVOIE, Jean-Pierre (a) « Les aidantes familiales : de la redécouverte à la prise en compte de leur réalité », *Le Gérontophile*, vol. 22, n° 1, 2000, p. 15-19.

LAVOIE, Jean-Pierre (b). *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*. L'harmattan. Montréal, 2000, 268 p.

LAVOIE, Jean-Pierre. « Support groups for informal caregivers don't work ! Refocus the groups or the evaluation ? », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 14, n° 3, 1995, p. 580-603.

LAYNE, J.E. et M.E. NELSON. « The effects of progressive resistance training on bone density : a review », *Medicine & Science in Sports and Exercise*, vol. 31, n° 1, 1999, p. 25-30.

LEBEAU, Aimé, Guylaine SIROIS et Christian VIENS. *Description des contenus en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies et analyse critique*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1996, 99 p. plus annexes.

LEDOUX, Marielle et Michèle RIVARD. « Chapitre 8 – Poids corporel», *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, Québec, 2000, p. 185-198.

LEFEBVRE, Solange. « Nouvelles solidarités et responsabilités dans le contexte actuel », *Le Gérontophile*, vol. 18, no. 1, hiver 1996, p. 5-11.

LEFRANÇOIS, Richard. « Chapitre 4 - Sociologie du vieillissement », *Précis pratique de gériatrie*, 2e édition, Marcel Arcand & Réjean Hébert (Éditeurs), Edisem & Maloine Inc., Sherbrooke, Institut universitaire de gériatrie, 1997, p. 47-57.

LEGARÉ, Gilles, et autres. « Chapitre 16 – Santé mentale », *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, Québec, 2000, p. 333-353.

LEIPZIG, Rosanne M., Robert G. CUMMING et Mary E. TINETTI (a). « Drugs and falls in older people : a systematic review and meta-analysis : 1. Psychotropic drugs », *American Geriatric Society*, vol. 47, 1999, p. 30-39.

LEIPZIG, Rosanne M., Robert G. CUMMING et Mary E. TINETTI (b). « Drugs and falls in older people : a systematic review and meta-analysis: 1. Cardiac and analgesic drugs », *American Geriatric Society*, vol. 47, 1999, p. 40-50.

LEON, Arthur, S. *Physical activity and cardiovascular health. A national consensus.* Champaign, Illinois, Human Kinetics Publishers, 1997, 272 p.

LESAGE, Michel, Réjean MOREL et Michel FERNET. *Actes du Forum sur le transport en milieu rural*, Solidarité rurale, Québec, 24 septembre 1999, 38 p.

LEVASSEUR, Madeleine et Lise GOULET. « Chapitre 13 – Problèmes de santé », *Enquête sociale et de santé 1998,* Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, Québec, 2000, p. 273-295.

LOVGREN, M., et J.-A. TALBOT. « Antimicrobial-resistant Streptococcus pneumoniae », *Canadian Journal of Infectious Diseases*, vol. 10, suppl. A, janvier/février 1999, p. 27A-29A.

LUKAWIECKI, T. *Sensibilisation et réaction de la collectivité – Violence et négligence à l'égard des aînés,* Ottawa, Santé et bien-être social Canada, Division de la santé mentale, Gouvernement du Canada, 1992, 58 p.

MACLEOD, Linda, et autres. *Pour une société qui vieillit en santé*, Otttawa, Santé Canada, Division du vieillissement et des aînés, 1997, 94 p.

MARTEL, Diane. *La dépression chez les personnes âgées : Comment la prévenir*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Montréal, (à paraître).

MARTEL, Diane. *La violence envers les gens âgés : recension des écrits,* Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 1997, 112 p.

MARTINEAU, Irène, Minh-Nguyet NGUYEN et Lise GAUVIN. *Projet évaluation d'une intervention de santé publique visant l'adoption et le maintien de la pratique régulière de l'activité physique. Rapport final.* Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Laval, novembre 2000, 23 p.

MASSÉ, Priscille. « Chapitre 7 – Gérontologie», *La nutrition : l'alliée de la médecine moderne*. Gaëtan Morin (Éditeur), Montréal, 1987, 525 p.

MAYER, Francine et Christine MORIN. *Pour réduire les inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté. Annexe 1 : Le faible revenu après impôt au Québec : situation actuelle et tendances récentes.* Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2000, 125 p.

MCCLUNG, Betsy Love. « Using osteoporosis management to reduce fractures in elderly women », *Nurse practitioner*, vol 24, n° 3, 1999, p. 26-38.

MCCORMACK, Paula. « Undernutrition in the elderly population living at home in the community : a review of the literature », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 26, n° 5, 1997, p. 856-863.

MENZ, Hylton B., et Stephen R. LORD. « Footwear and postural stability in older people », *Journal of the American Podiatric Medical Association,* vol. 89, 1999, p. 346-357.

MILLETTE, Claire. *Bien vivre avec son âge – Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées,* Collection 1 - Promotion de la santé, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 1999, 115 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie,* Québec, février 2001, 47 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Protocole d'immunisation*, Gouvernement du Québec, Québec, 1999, 392 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (a) *Fichier des décès,* Bureau de surveillance épidémiologique, Gouvernement du Québec, Québec, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (b) *Stratégie québécoise d'action face au suicide, s'entraider pour la vie,* Gouvernement du Québec, Québec, 1998, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Gouvernement du Québec, Québec, 1997, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être,* Gouvernement du Québec, Québec, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vers un nouvel équilibre des âges, Rapport du Groupe d'experts sur les personnes âgées*, Gouvernement du Québec, Québec, 1991, 99 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES. *Un nouvel âge à partager, Politique du MAS à l'égard des personnes âgées*, Gouvernement du Québec, Québec, 1985, 61 p.

MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC. *Vers un plan de transport de la Montérégie. Diagnostic et orientations*, Gouvernement du Québec, Québec, juillet 2001, 248 p.

MINISTÈRE DU REVENU DU QUÉBEC. *Le crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée*, Dépliant IN-101, Gouvernement du Québec, 2001.

MIROWSKY, J., et C.E. ROSS. « Age and depression », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 33, 1992, p.187-205.

MISHARA, Brian L. et R. RIEDEL. *Le vieillissement*. Troisième édition révisée, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, 268 p.

MONETTE, Johanne, et Jerry AVORN. « Medications and falls, causation, correlation, and prevention », *Clinics in Geriatric Medicine*, 1996, p. 847-858.

MONTGOMERY, R.J.V. « Examining respite care : promises and limitations », *Family caregiving in aging society: Policy perspectives,* Kane K.A., Penrold, J.D. (Éditeurs). Thousand Oaks, Sage Publications, 1995, p. 29-45.

MONTO, A.S. et S.B. THACKER. « Vaccines », *Epidemiologic Review*, vol. 21, 1999, p. 96-142.

MUSTARD, Cameron A., et Teresa MAYER. « Case-control study of exposure to medication and the risk of injurious falls requiring hospitalization among nursing home residents », *American Journal of Epidemiology,* vol. 145, 1997, p. 738-745.

NAHMIASH, Daphné, et Myark REIS. « Most successful intervention strategies for abused older adults », *Journal of elder abuse and neglect*, vol. 12, n° 3-4, 2000, p. 53-70.

NAHMIASH, Daphné, et Myark, REIS. *Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées : un manuel d'intervention*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1995, 135 p.

NAHMIASH, Daphné. « Briser l'isolement social est un défi important », *Le Gérontophile*, vol. 21, n° 3, Été 1999, p. 9-13.

NAHMIASH, Daphné. « Prévenir et combattre la violence et la négligence », *Les adultes et les personnes âgées,* Volume 2 dans la série Études du Forum national sur la santé, Québec, Éditions Multimondes, 1998, p. 303-359.

NEUFELD, Richard R., et autres. « A multidisciplinary falls consultation service in a nursing home », *The Gerontologist*, vol. 31, 1991, p. 120-123.

NOËL, Véronique, et autres. *Dépistage de la malnutrition et recours aux services de la nutritionniste*. Rapport de stage Niveau IV en nutrition communautaire, CLSC Samuel de Champlain, Montréal, Université de Montréal, novembre 2001, 9 p. et annexes.

NOLIN, Bertrand, et autres. *Rapport de l'Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé de 1998*, Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Kino-Québec et Secrétariat au loisir et au sport, 2002 (à paraître).

NOLIN, Bertrand, Gaston GODIN et Denis PRUD'HOMME. « Chapitre 7 : Activité physique », *Enquête sociale et de santé 1998,* Institut de la statistique du Québec, Direction santé Québec, Québec, 2000, p. 171-183.

NOLIN, Bertrand. « Chapitre 6 : Activité physique de loisir », *Santé Québec – Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Volume 1, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, Montréal, 1995, p. 97-107.

O'LOUGHLIN, Jennifer, et autres. « Incidence of risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly », *American Journal of Epidemiology*, vol. 136, 1993, p. 342-354.

ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC. « Chapitre 1.2 - Évaluation de l'état nutritionnel », *Manuel de nutrition clinique*, Montréal, Ordre professionnel des diététistes, 1991, 17 p.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES. *Déclaration universelle des droits de l'homme*, Assemblée générale de l'ONU, résolution 217 A (III), décembre 1948, 6 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ/FIMS « Committee on physical activity for health, exercise for health », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 73, n° 2, 1995, p. 135-136.

OUELLETTE Stéphanie. *La problématique de malnutrition chez les personnes âgées*, Ordre professionnel des diététistes du Québec, Montréal, mars 1999, 26 p. et annexes.

PAGEAU, Michel, et autres. *Le portrait de santé – Le Québec et ses régions*, Institut national de santé publique, Québec, Les publications du Québec, 2001, 432 p.

PAQUET, Mario. « Logique familiale de soutien auprès des personnes âgées dépendantes et réticence à recourir aux services formels », *Rupture : Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 3, n° 2, 1996, p. 209-223.

PAQUET, Mario. « La prévention auprès des personnes-soutien de personnes âgées dépendantes, quelle prévention ? », *Revue canadienne de service social*, vol. 12, hiver 1995, p. 45-71.

PATTERSON, Christopher. « Counselling nutritionnel axé sur les habitudes alimentaires indésirables et dépistage de la malnutrition protéinocalorique chez les adultes », *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, Ottawa, Santé Canada, 1994, p. 667-682.

PAYETTE, Hélène, et autres. *Évaluation d'un programme de dépistage nutritionnel chez les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile*. Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, novembre 1997, 56 p. et annexes.

PAYETTE, Hélène, Renée CYR et Katherine GRAY-DONALD. *Évaluation de l'efficacité d'un questionnaire pour dépister le risque de malnutrition chez les personnes âgées*

bénéficiaires des services d'aide à domicile, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Hôpital d'Youville de Sherbrooke, Sherbrooke, 1994, 39 p.

PAYETTE, Hélène et Renée CYR. *Évaluation de l'état nutritionnel des bénéficiaires âgés des services d'aide à domicile, Rapport de recherche*, Centre de recherche en gérontologie et en gériatrie, Sherbrooke, 1992, 44 p. et annexes.

PAYETTE, Josée. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie, Chapitre 3, Usage du tabac, Annexe statistique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2001, 63 p.

PAYETTE, Josée. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie, Chapitre 4, Consommation d'alcool, Annexe statistique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2001, 35 p.

PAYETTE, Josée. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie, Chapitre 6, Alimentation, perceptions, pratiques et insécurité alimentaire, Annexe statistique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2001, 37 p.

PAYETTE, Josée. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie, Chapitre 8, Poids corporel, Annexe statistique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2001, 28 p.

PAYETTE, Josée. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie, Chapitre 12, Perception de l'état de santé, Annexe statistique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2001, 27 p.

PAYETTE, Josée. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie, Chapitres 16-17, Santé mentale, idées suicidaires et parasuicides, Annexe statistique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2001, 81 p.

PAYETTE, Josée. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie, Chapitre 18, Incapacité et limitations d'activité, Annexe statistique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2001, 14 p.

PAYETTE, Josée. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie, Chapitres 22-23, Consommation de médicaments et vaccination contre la grippe, Annexe statistique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2001, 73 p.

PAYETTE, Josée. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie, Chapitre 25, Environnement de soutien, Annexe statistique*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2001, 155 p.

PERREAULT, Julie. *Pour un réseau de transport intervillages,* Collection Études rurales, Solidarité rurale du Québec, décembre 1999, 80 p.

PODNIEKS, Elisabeth, et autres. *National survey on abuse of the elderly in Canada*, Toronto, Office of Research and Innovation, Ryerson Polytechnical Institute, 1990, 14 p.

PRÉVILLE, Michel, et autres (a). *Prévalence de la détresse psychologique sévère, utilisation des services de santé et consommation de psychotropes chez les personnes âgées en perte d'autonomie*. Rapport de recherche, Institut de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, 2000, 50 p.

PRÉVILLE, Michel, et autres (b). *Mise en œuvre et évaluation d'un programme de prévention du suicide s'adressant aux médecins généralistes : Le projet PPS-MD.* Rapport de recherche, Institut de gériatrie de Sherbrooke, Sherbrooke, 2000, 21 p.

PROGESTIC *Analyse préliminaire (Rapport-Synthèse) Système d'information sur la vaccination,* Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 1995, 13 p. et annexes.

PROVINCE, Michael A., et autres. « The effects of exercice on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials », *Journal of the American Medical Association,* vol. 273, n° 17, 1995, p. 1341-1347.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC. *Statistiques*. Tableaux 5.01, 5.02 et 5.03 Gouvernement du Québec, Québec, 2001, http://www.ramq.gouv.qc.ca /statistiques, consulté le 30 avril 2001.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (a). *Stratégies expérimentées pour améliorer l'utilisation des médicaments,* Québec, Service de l'analyse des programmes, Québec, novembre 1999, 39 p.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (b). *Utilisation optimale du médicament. Pour un meilleur rendement sur l'investissement*. Service de l'analyse des programmes, Québec, novembre 1999, 22 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Système régional d'admission*, février 2002.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Document de consultation*, Longueuil, 2001, 91 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002,* Longueuil, 18 mars 1999, 93 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Portrait des activités de promotion-prévention en santé publique dans les CLSC de la Montérégie 1997, Secteur d'activité : Personnes âgées*, Longueuil, 1998, 54 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan régional d'organisation de services pour les personnes âgées,* Longueuil, mars 1996, 233 p.

RENAUD, Sylvie, Lucie ROY et Diane PELLETIER. *Des années à savourer,* Rapport d'étape, St-Hyacinthe, CLSC des Maskoutains, avril 1997, 5 p. et annexes.

RÉSEAU DE REVUE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS. *Benzodiazépines dans le traitement de l'anxiété, de l'agitation et de l'insomnie chez la personne âgée, hébergée en institution,* Montréal, 1998, 44 p.

RIHMER, Z., W. RUTZ et H. PIHLGREN. « Depression and suicide in Gotland - An intensive study of all suicides before and after a depression-training program for general practitioners », *Journal of Affective Disorders*, vol. 35, 1995, p. 147-152.

RIZZO, JOHN A., et autres. « The cost-effectiveness of a multifactorial targeted prevention program for falls among community elderly persons », *Medical Care*, vol. 34, n° 9, 1996, p. 954-969.

ROBB, Roberta, et autres. « Valuation of unpaid help by seniors in Canada : an empirical analysis », *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 18, n° 4, 1999, p. 430-446.

ROBBINS, A., et P. FREEMAN. « Optimal disease prevention using vaccination depends on a system », *Public Health Reports*, vol. 113, 1998, p. 533-534.

ROOK, Karen S., et Tonya L. SCHUSTER. « Compensatory processes in the social networks of older adults », *Handbook of Social Support and the Family*, Gregory R. Pierce, Barbara R. Sarason et Irwin G. Sarason (Éditeurs), New York, Plenum Press, 1996, p. 219-248.

ROY, Jean Raymond. *Viactive: L'expérience québécoise. Kino-Québec*, Gouvernement du Québec, Québec, 1998.

RUBENSTEIN, L.Z., K.R. JOSEPHSON et D. OSTERWELL. « Falls and fall prevention in the nursing home », *Clinics in Geriatric Medicine*, 1996, p. 881-902.

RUNYAN, Carol W., et autres. « Risk factors for fatal residential fires», *New England Journal of Medicine*, vol. 327, 1992, p. 859-863.

SANTÉ CANADA. DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION. « L'aide aux aidants », *Un guide de soins en fin de vie aux aînés*, University of Toronto et Université d'Ottawa, 2000, p. 115-134.

SANTÉ CANADA. *Résultats de l'intégration de l'échelle d'équilibre affectif de Bradburn à l'enquête sur le vieillissement et l'autonomie de 1991*, Ottawa, 1995,155 p.

SANTÉ CANADA. DIVISION DE LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE FAMILIALE. *Les personnes âgées et la violence dont elles sont victimes : de la participation à la responsabilisation*, Ottawa, 1993, 43 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Le suicide au Canada - Mise à jour du Rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1994, 211 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. *Le poids et la santé. Document de travail*, Direction de la promotion de la santé, Ottawa, octobre 1988, 87 p.

SCHAEFER, Carmen, et autres. *Blessures à domicile : Portrait en Montérégie, déterminants et pistes d'intervention. Document de travail.* Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Longueuil, 2000, 163 p.

SEEMAN, T.E. « Social ties and health the benefits of social integration », *Annals of Epidemiology*, vol. 6, 1996, p. 442-451.

SHEPHARD, Roy. J. *Aging, physical activity and health*. Champaign, Illinois, Human Kinetics, 1997, 488 p.

SIMARD, Paul, et autres. « Conclusion de l'étude sur la santé bucco-dentaire des Québécois de 65 ans et plus », *Journal dentaire du Québec*, 1983, p. 7-9.

SLEEPER, Rebecca, C.A. BOND et Carlos ROJAS-FERNANDEZ. « Psychotropic drugs and falls : new evidence pertaining to serotonine reuptake inhibitors », *Pharmacotherapy*, vol. 20, 2000, p. 308-317.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE (SCPE) *Guide d'activité physique canadien pour une vie active pour les aînés*. Ottawa, Santé Canada, 1998.

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC. http ://www.shq.gouv.qc.ca, (consulté février 2002).

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC. *Les aîné(e)s et le logement : un profil quantitatif de la situation résidentielle des aînés au Québec*. Québec, Collection profil, 2000, 67 p.

SQUIRES, S.G., et autres. « La grippe au Canada – Saison 1999-2000 », *RMTC*, vol. 27, 2001, p. 1-11.

STATISTIQUE CANADA. « La santé : à prendre ou à laisser ! », *Rapports sur la santé*, vol. 12, n° 3, 2001, p. 11-21.

STATISTIQUE CANADA. *Dictionnaire du recensement de 1996*. Catalogue No 92-351-XPF, Ottawa, 1996, p.141.

STATISTIQUE CANADA. *Recensement canadien 1996*.

TAMBLYN, Robyn M. et Robert PERREAULT. « Encourager l'utilisation rationnelle des médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées », *Les déterminants de la santé – Les adultes et les personnes âgées*, Les Éditions Multimondes, Forum national sur la santé, 1998, p. 229-301.

TAMBLYN, Robyn M., et autres. « Questionable prescribing for elderly patients in Quebec », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 150, n° 1, 1994, p. 1801-1809.

TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. « Recommendations regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults », *American Journal of Preventive Medecine*, vol.18, 2000, p. 92-96.

TINETTI, Mary E. et Christianna S. WILLIAMS. « Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home », *New England Journal of Medicine*, vol. 337, 1997, p. 1279-1284.

TINETTI, Mary E., Gail MCAVAY et Elizabeth CLAUS. « How multiple factor reduction explain the reduction in fall rate in the Yale FICSIT trial? », *American Journal of Epidemiology*, vol. 144, n° 4, 1996, p. 389-399.

TINETTI, Mary E., et autres. « A multifactorial intervention to reduce the risk of failling among elderly people living in the community », *New England Journal of Medicine*, vol. 331, 1994, p. 821-827.

TINETTI, Mary E., Mark SPEECHLY et Sandra F. GINTER. « Risk factors for falls among elderly persons living in the community », *New England Journal of Medicine*, vol. 319, 1988, p. 1701-1707.

TINETTI, Mary E. « Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 35, 1987, p. 644-648.

TREMBLAY, Jean-Claude. Fédération des coopératives d'habitation de la Montérégie, Communication personnelle, novembre 2001.

TREMBLAY, Michèle. Analyse de la pertinence d'interventions de cessation du tabagisme, Institut national de santé publique du Québec, Montréal, 2001, 29 p.

TRICKEY, Francine et autres. *Évaluation du Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D) pour la prévention des chutes chez les aînés.* Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre, Montréal, 1999, 74 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (a). *Promoting physical activity: A guide for community action,* Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of nutrition and physical activity, Champlain, Illinois, Human Kinetics, 1999, 386 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (b). *Mental health: A report of the Surgeon General.* Rockville, MD, Department of Health and Human.Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Health, National Institute of Mental Health, 1999, 458 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Physical activity and health. A Report of the Surgeon General,* Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, 1996, 278 p.

VERMETTE, G. *Vieillir en santé. Répertoire de projets communautaires visant l'usage rationnel des médicaments*,1996, 244 p. et annexes.

VÉZINA, Aline et Daniel Pelletier. *La problématique du transport des personnes âgées à mobilité réduite en Montérégie.* Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, Ste-Foy, Université Laval, octobre 1993, 94 p.

VIENS, Christian. *Hébergement des personnes âgées dans les résidences privées : un modèle montérégien d'accréditation,* Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, septembre 2000, 22 p.

VIENS, Christian et Serge Moisan. *Les médicaments : Oui...Non...Mais ! Évaluation de l'implantation d'un projet régional,* Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 1999, 125 p.

WALLERSTEIN, Nina. « Powerlessness, empowerment, and health : implications for health promotion programs », *American Journal of Health Promotion*, vol. 6, n° 3, janvier-février 1992, p. 197-205.

WARDA, Lynne, Milton TENEBEIN et Michael E. K. MOFFATT. « House fire injury prevention update. Part 1 : a review of risk factors for fatal and non-fatal house fire injury », *Injury Prevention,* vol. 5, 1999, p. 145-150.

WATSON, W.C., et autres. « The All Kids Count National Program: A Robert Wood Johnson Foundation Initiative to develop immunization registries », *American Journal of Preventive Medecine*, vol. 13, 1997, p. S3-S6.

Vivre plus longtemps en meilleure santé, dans des conditions de vie acceptables et dans le respect constituent les prémisses qui ont conduit au cadre de référence intitulé Pour les aînés de la Montérégie: Un art de vivre en santé, une qualité de vie.

Ce cadre de référence en santé publique propose une vision du vieillissement et présente les défis du bien-vieillir en santé. Il trace un portrait des aînés montérégiens et apporte un éclairage sur leurs caractéristiques, conditions de vie, habitudes de vie et problème sociosanitaires. De plus, on y expose des axes d'intervention et des pistes d'action à favoriser en matière de promotion et prévention pour les aînés.

Dans une perspective régionale de santé publique, on y décrit des interventions et des activités susceptibles d'améliorer la santé et la qualité de vie des aînés.

Il s'agit d'un document pour tous les intervenants impliqués en santé publique auprès des aînés de la région. Il peut être considéré comme une étape préliminaire au développement des plans d'action régional et locaux.

BONNE LECTURE!

WILKINS Russell. « Chapitre 18 – Incapacité et limitations d'activité », *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec, Québec, 2000, p. 369-383.

WOOD, D., et autres. « Immunization registries in the United States implications for the practice of public health in a canging health care system », *Ann. Rev. Public Health*, vol. 20, 1999, p. 231-255.

WORSLEY, A. « How to improve the impact of nutrition guidance by general physicians : public health versus individual patient ? », *European Journal of Clinical Nutrition*, Suppl. 2, 1999, p. S101-S107.